

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

359

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT GAUTHIER

Né le 19 Avril 1902, à Suez (Egypte)

Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Ancien Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
Sténoses chroniques Sous-Vatériennes
du Duodenum

Président de Thèse : M. le Professeur GOSSET

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1930

201A (1000)

1177

1177

(1000)

1177

1177

1177

1177

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT GAUTHIER

Né le 19 Avril 1902, à Suez (Egypte)

Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Ancien Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Sténoses chroniques Sous-Vatériennes
du Duodenum

Président de Thèse ; M. le Professeur GOSSET

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930



LE DOYEN. M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE...	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)..	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZÁRY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale
MATHIEU	Clinique chirurgicale
MOCQUOT	Clinique chirurgicale
PROUST	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale
LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale
METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Membre de l'Académie de Médecine ;
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté ;
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière ;
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse, nous le
prions d'agréer l'expression de
notre respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE BORDEAUX :

- 1921-22. Monsieur le Docteur DUVERGEY,
Professeur de Pathologie Chirurgicale à
la Faculté de Médecine de Bordeaux ;
Monsieur le Docteur VERGER,
Professeur de Pathologie Médicale à la
Faculté de Médecine de Bordeaux.
-

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

Stage :

- 1922-23. Monsieur le Docteur de MASSARY,
Médecin de l'Hôpital Lariboisière ;
Monsieur le Docteur BAUDET,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat.
1923-24. Monsieur le Professeur agrégé CLERC,
Médecin de l'Hôpital Lariboisière ;
Monsieur le Docteur LABEY,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.
1924-25. Monsieur le Professeur LEREBoullet,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades ;
Monsieur le Docteur CATHALA,
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.
1925. Monsieur le Professeur SÉBILEAU,
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital La-
riboisière.

Externat :

1926. Monsieur le Docteur DUPUY-DUTEMPS,
Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Louis;
Monsieur le Docteur LOUSTE,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
1927. Monsieur le Docteur GIRODE,
Chirurgien des Hôpitaux (Consultation de
l'Hôpital Laënnec) ;
Monsieur le Docteur PRUVOST,
Médecin des Hôpitaux (Consultation de
l'Hôpital Lariboisière).
1928. Monsieur le Professeur agrégé MOURE,
Chirurgien des Hôpitaux (Consultation de
l'Hôpital Saint-Louis).
-

A MES CONFERENCIERS :

Monsieur le Docteur GAMBILLARD ;
Monsieur le Docteur LAMBLING ;
Monsieur le Docteur BANZET.

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE :

A Monsieur le Docteur LARGET,
Chirurgien de l'Hôpital.

*Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de ma vive gratitude
pour la bonté et la sollicitude qu'il
a toujours eues pour moi et les
conseils qu'il m'a prodigués pen-
dant mon internat dans son ser-
vice.*

A Monsieur le Docteur LAMARE,
Chirurgien de l'Hôpital.

*En témoignage d'admiration et
de sincère reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur CHERECHEWSKI,
Médecin de l'Hôpital.

*En témoignage d'admiration sin-
cère.*

A Monsieur le Docteur VENOT,
Médecin de l'Hôpital.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur HUC,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph ;
Chef du Service d'Orthopédie
de l'Hôpital de Saint-Germain.

*En témoignage de vive grati-
tude.*

A Monsieur le Docteur JARRY,
Electro-Radiologiste de l'Hôpital.

*En témoignage de remercie-
ments sincères.*

A Monsieur le Docteur BRUEL,
Accoucheur de l'Hôpital.

A Monsieur le Docteur CHABAUD,
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital.

A Monsieur le Docteur WALLON,
Radiumthérapeute de l'Hôpital.

A la Mémoire de Monsieur MOREAU,
Docteur en Pharmacie.
Chef du Laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital.

A MES CAMARADES DE SALLE DE GARDE

Que Monsieur le Docteur F. VILLEMIN,
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Bordeaux,

veuille bien trouver ici l'expression de notre vive gratitude pour l'accueil qu'il nous a fait à son laboratoire et les renseignements qu'il nous a donnés sur ses travaux sur le duodénum.

AVANT-PROPOS

La question des sténoses sous-vatériennes est une étude qui n'est point nouvelle. Elle est même l'objet d'une bibliographie aussi nombreuse que diverse. Cependant la difficulté du diagnostic clinique, le rôle capital de la radioscopie, la diversité d'étiologie, l'efficacité du traitement chirurgical sont autant de facteurs qui donnent de l'intérêt à ce sujet.

C'est pourquoi, sur les conseils de notre maître, le Docteur Larget, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, nous présentons cette thèse sur les sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum. Les hasards de la clinique nous ont permis de recueillir dans son service une observation dont l'intérêt clinique nous a paru digne d'être signalé. En effet, le diagnostic clinique était très difficile à poser : le malade était un tabétique, atteint d'ulcus pylorique ; le rôle de la radiologie fut de premier plan puisque, seule, elle permit de déceler la véritable cause ; l'étiologie nous a semblé exceptionnelle ; nous ne l'avons jamais retrouvée malgré de nombreuses recherches

bibliographiques ; enfin le traitement chirurgical fit disparaître tous ces troubles qui duraient depuis bientôt une quinzaine d'années.

Nous faisons suivre cette observation de trois autres cas de la clientèle personnelle du Docteur Larget. Là encore, la duodéno-jejunostomie amena la disparition définitive des troubles observés.

A la fin de notre travail, nous avons réuni une trentaine d'observations prises dans la bibliographie : le syndrome clinique est à peu près toujours le même, c'est-à-dire très vague ; l'étiologie est très diverse ; on verra enfin l'évolution du traitement chirurgical : la colopexie, rapidement abandonnée pour la gastro-entérostomie, puis après quelques échecs retentissants, la faveur justifiée de la duodéno-jejunostomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Recueillie dans le service du Docteur Larget,
à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.*

M. B., Louis, 53 ans, déménageur, entre à l'hôpital le 26 décembre 1927 sur les conseils de son médecin. En effet, depuis quinze ans environ, ce malade souffre de l'estomac : au début, ces douleurs survenaient par crises, durant une semaine environ, suivies bientôt d'une sédation complète de quelques mois; elles apparaissaient trois à quatre heures après les repas, donnant la sensation d'élancements; elles se terminaient presque toujours par des vomissements abondants qui amenaient du soulagement.

Ce malade, syphilitique ancien avec réaction de B.-W. légèrement positive, présente un tabès fruste. Le signe d'Argyll-Robertson est retrouvé, les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis; par contre, pas de signe de Romberg ni d'ataxie.

En présence de cette étiologie possible, son médecin lui fit subir un traitement spécifique intense, qui n'amena aucun soulagement. Les crises douloureuses, au contraire, depuis trois mois devinrent plus intenses et plus fréquentes; les vomissements se firent plus nom-

breux et plus abondants. L'amaigrissement a considérablement augmenté depuis quinze jours.

Un examen radioscopique est pratiqué par le D^r Jarry qui trouve une sténose pylorique. L'urée sanguine est de 0 gr. 30 0/00. Le coefficient de Maillard est 6,15. La recherche du sang dans les matières est positive.



- a) Prolongement anormal du pancréas.
- b) Vaisseaux mésentériques.

Diagnostic posé : ulcère du pylore chez un syphilitique ancien. L'opération est décidée.

Le 5 janvier 1928, intervention par le D^r Larget. Anesthésie générale au Schleich.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Il existe un petit ulcère pylorique, mais le pylore

reste très perméable. Résection en losange et pyloroplastie. Enervation gastrique suivant la technique de Latarjet.

Paroi en trois plans.

Dans les premiers jours, les suites opératoires furent à peu près normales. Le ballonnement de l'abdomen céda facilement à un lavage de l'estomac et à un lavement purgatif.

Cependant, lorsque l'on recommença l'alimentation, l'insomnie, les douleurs, puis les vomissements réapparaurent. Ils persistèrent malgré les antispasmodiques et le traitement spécifique. Au bout d'un mois après l'intervention, la situation était telle qu'elle était auparavant; crise douloureuse presque journalière, suivie d'abondants vomissements bilieux.

En présence d'un tel résultat, on pratique un nouvel examen radioscopique, qui révèle un estomac normal, mais une dilatation de D2 et du genu inferius avec mouvements antipéristaltiques.

On pose alors le diagnostic de sténose sous-vatérienne et on propose une nouvelle intervention au malade qui l'accepte.

Intervention le 3 février 1928 par le D^r Larget. Anesthésie générale au Schleich.

Laparatomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac est normal, la plaie pylorique complètement cicatrisée : le pylore est normalement perméable. Le duodénum est dilaté jusqu'au pédicule mésentérique. Sténose sous-vatérienne par une masse située en avant du pédicule mésentérique et se prolongeant dans le mésentère. Un examen plus attentif montre que cette masse est un prolongement anormal du pancréas.

Duodéno-jejunostomie à la couture.

Paroi en trois plans.

Les suites opératoires furent très normales : à peine

quelques vomissements le lendemain de l'intervention et qui ne se renouvelèrent plus. Reprise de l'alimentation le 4^e jour.

Lever le 15^e jour.

Le 20^e jour, examen radioscopique qui montre une bouche fonctionnant d'une façon régulière.

Départ du malade le 23^e jour.

Depuis il est périodiquement suivi par son médecin qui lui continue son traitement spécifique. Jamais il ne se plaint de son estomac; il ne vomit plus; ses digestions sont devenues régulières.

OBSERVATION II

(Cas de la clientèle du Docteur Larget).

Sœur M... P..., 30 ans, est atteinte depuis longtemps d'appendicite chronique. Cette appendicite, diagnostiquée par plusieurs médecins, fait sa preuve de temps à autre en donnant une petite poussée subaiguë qui dure quelques jours.

Depuis plusieurs mois, un nouveau tableau clinique est venu s'ajouter au précédent. Ce serait presque un syndrome d'ulcère du duodenum, en raison des douleurs qui sont très tardives ressemblant à celle du « hunger pain » classique, s'il n'y avait en plus, des crises surajoutées où les douleurs sont plus subintrantes et alors accompagnées de vomissements bilieux.

Ces derniers temps, les vomissements de bile se sont montrés de plus en plus fréquemment.

Une radioscopie du tube digestif a été faite par le D^r Lobligeois, radiologiste des hôpitaux de Paris, qui a conclu à « l'existence de dilatation de la 2^e portion du duodenum, avec mouvements de brassage très nets, traduisant radiologiquement l'existence d'une sténose

chronique sous-vatérienne du duodenum, d'ailleurs incomplète ».

Devant ce résultat, on décide l'intervention, dans le but d'enlever l'appendice et de traiter la sténose duodénale.

Intervention le 3 novembre 1925 par le D^r Larget, sous anesthésie générale au kélène.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Rien à l'estomac.

Il existe dans la partie sous-mésocolique du duodenum, au début de la 3^e portion et jusqu'au croisement du pédicule mésentérique, une série de brides partant du mésocolon et serrant la face antérieure de D3. Ces brides se dirigent en éventail vers cœco-colon ascendant.

Duodéno-jejunostomie au catgut lent (affusion de bouillon-vaccin sur les tranches pendant l'opération).

Appendicectomie d'un appendice coudé, dont la pointe exclue contient du pus.

Suites sans incidents.

Malade venue en juin 1927 : n'a plus souffert depuis l'opération.

A engraisé de 15 livres.

OBSERVATION III

(Cas de la clientèle du Docteur Larget).

M^{me} D..., 35 ans, souffre de l'estomac depuis 5 ans. Elle a été soignée par divers médecins qui, tous, ont essayé des alcalins et des antispasmodiques. Ces derniers médicaments, seuls, ont procuré un soulagement temporaire à la malade.

Cliniquement l'histoire de la malade est actuellement la suivante :

Douleurs survenant par périodes de crises sur un fond de digestions pénibles. Pendant les crises, les dou-

leurs sont épigastriques avec irradiations postérieures et droites, surviennent trois à quatre heures après le repas et sont calmées par des vomissements alimentaires et surtout bilieux abondants.

Pas d'hématémèses, pas de mœlena constatable.

La recherche du sang dans les selles après mise à un régime spécial est négative à plusieurs reprises.

Examen radioscopique : Estomac de forme et de situation normales : au bout d'un certain temps, les contractions amènent des évacuations pyloriques qui dessinent un bulbe qui n'est pas déformé et se remplit bien.

En position couchée, on note de la stase dans D2; le genu inferius est très dilaté et des mouvements de brassage se montrent dans D2; il s'agit nettement d'une sténose chronique sous-vatérienne du duodenum.

Opération de 15 mai 1926 par le D^r Larget.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Estomac et bulbe duodéal normal. Vésicule ardoisée saine.

Dilatation marquée de D2, insertion basse du mésocolon transverse; la dilatation est nette jusqu'au pédicule mésentérique qui semble être la cause de la sténose.

Duodéno-jejunostomie typique à la couture avec affusion de B. V. sur les tranches pendant l'opération.

Paroi en trois plans.

Suites : sans incidents.

Malade revue plusieurs fois depuis l'opération.

« Digère bien, ne vomit plus ». Bon état général.

OBSERVATION IV

(Cas de la clientèle du Docteur Larget).

M^{me} G... est adressée par le D^r Grenier, de Maisons-Laffitte, avec une observation complète dont les points caractéristiques sont :

Douleurs épigastriques à horaire et du type des douleurs d'ulcère du duodenum.

Vomissements alimentaires et bilieux abondants pendant les crises qui se rapprochent de plus en plus.

Amaigrissement notable.

Pas de mœlena visible ou occulte.

Examen radioscopique (D^r Jarry).

Estomac normal; évacuations pyloriques normales. En position ventrale horizontale, le duodenum très dilaté pour D2 montre du mouvement de brassage intense et caractéristique, très prolongé avant qu'une évacuation se produise.

Diagnostic posé : sténose sous-vatérienne du duodenum.

Intervention le 25 juin 1929, par le D^r Larget.

Laparotomie médiane.

Estomac et pylore normaux.

Vésicule saine. Le duodenum est dilaté jusqu'au pédicule mésentérique.

Duodéno-jéjunostomie difficile, le duodenum ne se laissant pas facilement amener.

Paroi en trois plans.

Les suites sont d'abord normales, puis fébriles. Une masse apparaît dans le flanc droit : rénitente. C'était un hématome qui fut évacué par l'incision cutanée. Revue en avril 1930; bon état général, a engraisé, ne souffre plus de l'estomac et ne vomit plus. Paroi souple. Légère éventration sur la cicatrice.

HISTORIQUE

Les sténoses sous-vatériennes du duodénum ne sont point des acquisitions récentes de la pathologie. Lorsque l'on parcourt la littérature médicale, on trouve déjà dans une œuvre de Morgagni : « De sedibus et causis morborum » (1761), au chapitre « De vomitu », la description d'un syndrome qui rappelle beaucoup une obstruction duodénale.

En 1832 Daubeuf, parlant des occlusions hautes, cite le cas de Chopart ; la même année Combessis publie l'observation d'un anévrisme qui comprimait le duodénum.

Cependant il faut venir jusqu'à Chomel pour avoir une observation détaillée sur cette question. En février 1852, dans la *Gazette des Hôpitaux*, il rapporte un cas de néoplasme du genu inferius et décrit le syndrome complet de la sténose sous-vatérienne.

Peyrot, en 1860, passe sa thèse d'agrégation sur l'occlusion du duodénum.

En 1891 Pic, de Lyon, publie, dans la *Revue de Médecine*, une étude complète des cancers du duodé-

num. Il sépare nettement une portion sus-vatérienne et une portion sous-vatérienne.

En 1900 A. Petit, élève du Professeur Campenon, ouvre, pour la première fois, dans sa thèse, des horizons nouveaux. Il envisage la possibilité d'étranglement du duodénum par la corde mésentérique : il produit trois observations personnelles, dont l'une n'est cependant qu'une constatation cadavérique. Une quatrième est due à Kundrat (1891) et une cinquième à Balster (1894) ; celle-ci cependant n'est pas très probante. En effet, les accidents accusés par le malade prirent rapidement une tournure dramatique. A l'autopsie le pancréas était bourré de caillots ; il dut s'agir très probablement d'une pancréatite hémorragique.

En 1906 Finney, au cours d'une réunion de médecins du John Hopkins Hospital, parlant des insuccès de la gastro-entérostomie, est amené à dénoncer les sténoses duodénales par compression du pédicule mésentérique. Spence et Graham, Conner et Staveley, Kellog, en Amérique ; Wilkie, Byron Robinson, en Angleterre ; Von Haberer, en Allemagne, dans les années suivantes, font des communications successives sur ce sujet.

En France, Bérard, de Lyon, P. Duval publient aussi quelques observations. Cependant, ce n'est qu'après la guerre que la question est de nouveau mise à l'ordre du jour et étudiée systématiquement. A la Société de Chirurgie de Paris on discute des rapports de Duval et Roux, Duval et Savariaud, de Gré-

goire ; il paraît des articles d'Ombredanne, de Delbet et Leveuf, d'Hartmann et Soupault, de Launay, enfin un travail très complet de Duval et Gatellier.

En 1925, Henri Welti publie une thèse sur les échecs de la gastro-entérostomie dus aux sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum. La même année Weiss, dans les *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, écrit un article sur les résultats de la duodéno-jejunostomie dans le traitement de cette affection. Depuis, sauf une communication de Revel, de Nîmes, sur un cas traité et guéri par lui, il n'a rien été publié sur ce sujet.

ETUDE CLINIQUE

La sténose sous-vatérienne du duodénum est une affection que l'on rencontre indifféremment chez l'homme ou la femme. D'après les observations publiées, il semble qu'elle soit surtout fréquente entre 20 et 40 ans. Cependant elle est loin d'être exceptionnelle dans l'enfance, car elle est souvent congénitale.

D'étiologie très diverse, elle présente cependant un syndrome clinique qui, lorsqu'il est au complet, est caractéristique : douleur épigastrique, vomissements bilieux et constipation.

Affection essentiellement chronique, elle présente un tableau clinique différent, selon que le malade se trouve en état de crise ou en période d'accalmie.

Le début est rarement brutal, presque toujours insidieux, caractérisé par des troubles généraux : un amaigrissement persistant, de la fatigue, une sensation de lassitude, des migraines fréquentes, du mauvais sommeil, de l'irritabilité du caractère, de la constipation. L'attention est attirée du côté du tube digestif par quelques troubles digestifs et du subictère. Le malade se plaint d'une douleur ou plutôt

d'une sensation de plénitude gastrique ou de tension de l'épigastre ; elle s'accompagne d'un état nauséux ou même franchement de vomissements. Les repas ne semblent pas avoir d'influence marquée sur ces troubles. La position couchée, au contraire, ainsi que genu-pectorale, amènent parfois une sédation à peu près complète.

A l'examen, on réveille une douleur peu violente soit à l'épigastre, soit dans l'hypocondre droit ou même dans la région péri-ombilicale. De par ailleurs, on ne découvre rien d'anormal.

Le traitement médical, par les alcalins et le régime, n'amène aucune amélioration. On est alors tenté de penser à une appendicite chronique ou à une cholécystite. L'intervention chirurgicale n'apporte aucun soulagement au malade. Le diagnostic resterait encore longtemps hésitant, lorsque survient une crise paroxystique qui lève les doutes et fait rattacher les troubles à leur véritable cause.

Cette crise peut survenir brutalement ou progressivement. Elle consiste essentiellement en une douleur accompagnée de vomissements. Cette douleur prend un caractère aigu. Elle est pongitive et continue, donnant l'impression de tension de l'épigastre : elle est localisée soit à droite de l'ombilic, soit un peu au-dessus. L'alimentation, l'absorption d'une boisson quelconque l'exagère et le malade en arrive à ne plus rien prendre de peur d'exagérer sa douleur. La position couchée ou genupectorale n'apporte point de soulagement.

Des vomissements surviennent qui soulagent le malade. Ils peuvent apparaître dès le début de la crise ; ils se font alors sans efforts, abondamment, et procurent un soulagement immédiat. Dans d'autres cas, au contraire, ils n'apparaissent qu'après des douleurs violentes et des efforts persistants. Ils sont sporadiques et le soulagement ne vient que lorsque tout le liquide a été expulsé.

Ces vomissements sont caractérisés par leur abondance (un à deux litres, parfois davantage), la coloration verte, bilieuse, l'amertume et l'absence d'acidité. Ils peuvent contenir en suspension quelques matières alimentaires, si la crise survient après un repas.

A l'examen, on réveille une douleur dans la zone pancréatico-duodénale, quelquefois ce n'est qu'une simple défense de la paroi ; parfois, on peut arriver à sentir une véritable tumeur gastro-duodénale. La percussion donne une sonorité mal limitée de tout l'épigastre. L'examen des autres organes est négatif.

Au bout d'un temps plus ou moins variable, les vomissements survenant, la crise cesse. Le malade se sent soulagé, mais il reste dans un état de lassitude et de faiblesse extrême. La situation peut-être critique, car il se trouve dans un véritable état syncopal. La période de calme revient plus ou moins coupée de troubles dyspeptiques banaux. Mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse, car le malade est à la merci d'une nouvelle crise. Celle-ci se reproduit à des intervalles plus ou moins rapprochés : d'abord tous les trois mois, puis tous les mois, enfin toutes les se-

maines, pour en arriver à devenir quotidiens ou bi-quotidiens.

C'est la période pratique de diagnostic et de traitement. Cependant ce n'est parfois qu'au bout de trois ou quatre ans de souffrance, alors que le malade est presque un cachectique, que le diagnostic est posé à la suite d'un examen radioscopique.

RADIOSCOPIE

Le rôle de la radioscopie dans le diagnostic d'une sténose sous-vatérienne est de tout premier plan. C'est à l'écran que l'on demandera de confirmer un diagnostic hésitant, c'est à l'écran que l'on aura recours chaque fois que l'on ne trouvera pas une explication plausible des troubles ressentis par le malade. C'est ainsi que, dans certaines de nos observations, une sténose s'est révélée, alors que la clinique n'y faisait pas songer, et que des erreurs de diagnostic ont pu être redressées par la suite.

Pour éviter des erreurs, les examens devront être faits méthodiquement. Le malade sera examiné à jeun, debout, de dos, de profil, couché. L'œsophage, l'estomac, le duodénum seront successivement étudiés.

La bouillie, parvenue dans l'estomac, celui-ci peut apparaître sous deux aspects différents : tantôt, c'est un estomac petit, horizontal, hyperkinétique. Les contractions sont puissantes, l'évacuation par le pylore est presque instantanée. Tantôt, au contraire,

l'estomac est dilaté, descendu au-dessous de la ligne bicrête, atone. Les contractions sont lentes à apparaître et surtout peu vigoureuses.

L'examen du duodénum portera successivement sur : sa réplétion,

son aspect,

ses contractions,

son mode d'évacuation,

ses modifications selon la statistique.

Dans les cas normaux, la bouillie passe rapidement dans le duodénum, de telle sorte que l'image est à peine visible. En cas de sténose peu serrée, l'ombre duodénale persiste entre deux évacuations pyloriques ou ne s'efface que très lentement ; parfois, si le duodénum se vide, on voit persister nettement une petite tache sombre comme une boulette en face de l'obstacle.

Pour apprécier l'aspect du duodénum, on arrêtera le transit de la bouillie en palpant et en comprimant l'angle jéjunal contre la paroi postérieure. Les contours du duodénum apparaîtront sur toute sa longueur et on recherchera les déformations. Dans les sténoses serrées, il y a toujours une dilatation plus ou moins importante de D² et D³ et portant principalement sur le genu inferius. Parfois cette dilatation est telle, qu'elle a pu être prise pour l'estomac lui-même. Au-dessous, l'image se réduit à un mince filet qui représente le calibre rétréci de la lumière duodénale. Ce sont là les cas les plus faciles à interpréter.

Les contractions du duodénum sont, en général,

assez violentes, mais la bouillie luttant contre un obstacle, il se crée des ondes anti-péristaltiques, qui la ramènent en arrière. On a sous les yeux un véritable mouvement de « brassage ». Il peut être si intense que la bouillie, refluant vers le pylore, le force et revient dans l'estomac. Certains radiologues, comme Maingot et certains physiologistes, Carnot en particulier, soutiennent que le duodénum est animé de mouvements antipéristaltiques et que, lorsqu'ils sont légers, il n'y aurait pas lieu d'en tenir compte. En effet, le duodénum apprécierait le degré de digestion des aliments, et lorsqu'il serait insuffisant, les renverrait dans l'estomac. Pour Duval l'antipéristaltisme du duodénum ne serait pas physiologique, et il le considère toujours comme suspect de traduire un phénomène pathologique.

Normalement l'évacuation de la bouillie vers le jejunum est rapide. S'il y a sténose, elle sera spasmodique ou bien très ralentie, sous la forme d'un mince filet, contrastant avec la poche située en amont.

On terminera l'examen, en voyant le malade couché. Dans cette position, certains détails du duodénum seront nettement séparés de l'estomac. On pourra aussi se rendre compte du degré de la sténose ; en comprimant le genu inferius, on essayera de forcer l'obstacle. On aura quelquefois la surprise de le voir disparaître ou devenir perméable. Ce sera un argument en faveur d'une sténose mécanique, car les sténoses organiques sont fixes dans toutes les positions.

En résumé, les signes radiologiques qui caracté-

risent une sténose sous-vatérienne sont la persistance de la bouillie dans le duodénum avec mouvements antipéristaltiques et brassage ; dilatation de D^2 - D^3 et rétrécissement au-dessous. Le changement de position n'a aucune influence sur l'évacuation de la bouillie.

FORMES CLINIQUES

Selon la prédominance d'un symptôme on peut décrire différentes formes cliniques de sténoses sous-vatériennes. Duval et Gatellier en distinguent deux principales : la forme colique droite et la forme gastro-duodénale.

Forme colique droite. — Ce sont les signes de constipation qui dominant la scène ; les troubles duodénaux sont peu intenses et passent souvent inaperçus. La douleur épigastrique est intermittente ainsi que les vomissements biliaires qui sont mis sur le compte de l'intoxication d'origine colique. La fosse iliaque droite est douloureuse ; on peut y sentir des cybales. Ce n'est qu'à la radioscopie que l'on reconnaît la dilatation duodénale : l'estomac n'est pas dilaté. On constate une mobilité anormale du cæcum et du côlon ascendant.

Forme gastro-duodénale : C'est la forme que nous avons prise comme type de description. La douleur épigastrique et les vomissements frappent l'attention de prime abord. Mais la constipation, qui est intense,

est souvent rapportée au défaut d'alimentation et à la dénutrition du malade. En réalité, elle est la cause de l'intoxication qui mine ces malades. Elle est due à la ptose colique que l'on mettra en évidence par la radioscopie.

Forme néoplasique : Elle est très rare ; nous n'avons pu retrouver que deux observations, celle de Chomel, publiée en 1852, et celle de Cade et Devic, rapportée en 1920. Elle est caractérisée par son évolution rapide, de quatre à six mois.

Le début est insidieux, marqué par de l'amaigrissement, de la fatigue et la perte de l'appétit. Les douleurs s'installent assez vite, rappelant la faim douloureuse de l'ulcère du duodénum (Cade et Devic), mais le maelena et les hémorragies occultes sont moins constantes que dans cette dernière affection. Les vomissements sont précoces, abondants, de coloration verte, très amers. Ils ne sont pas influencés par les repas. Les périodes d'accalmie sont très courtes et l'état de crise est pour ainsi dire continu, se répétant tous les jours. Le duodénum et l'estomac luttent contre un obstacle de plus en plus serré : ils finissent par se laisser forcer et ils tombent dans un véritable état d'asystolie gastrique ; ils se dilatent démesurément, au point de remplir toute la cavité abdominale. La constipation est opiniâtre et les urines sont rares.

Lorsque l'on examine le malade on est frappé par la déformation de l'abdomen ; on a l'impression d'être en présence d'une dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac ; l'épigastre et la région ombilicale sont pro-

jetés en avant, les flancs sont aplatis : sous la paroi on peut apercevoir nettement des ondes péristaltiques; à la percussion on trouve une vaste zone de sonorité, s'étendant de l'épigastre à l'hypochondre droit et à la région péri-ombilicale. On ne découvre pas d'ascite dans les flancs.

Par la palpation et la succussion on peut produire du gargouillement.

L'amaigrissement est rapide du fait de la dénutrition et de la déshydratation. Le malade ne tarde pas à tomber dans une cachexie extrême qui, jointe à l'intoxication cancéreuse, finit par l'emporter en quelques semaines.

On pourrait décrire d'autres formes cliniques suivant l'étiologie. En réalité, le syndrome clinique est toujours le même, et ce n'est qu'à l'intervention que le diagnostic étiologique est posé.

PRONOSTIC

En dehors de la forme néoplasique, le pronostic des sténoses sous-vatériennes est plutôt favorable. Cependant un diagnostic précoce est nécessaire, car on opère dans des conditions particulièrement satisfaisantes. Si l'on attend plusieurs années, l'état général du malade devient précaire et on risque d'aller au-devant d'un échec grave. La comparaison des statistiques des chirurgiens américains et français est éloquentes à ce sujet. Les observations de Finney, de Kellog, de Stavely, etc., publiées entre 1906 et 1914, alors que les diagnostics étaient tardifs, posés quelquefois quatre et cinq ans après le début de l'affection, se terminent le plus souvent par la mort du malade. Les chirurgiens français, au contraire, qui se sont occupés de la question, surtout après la guerre, alors que les bases d'un diagnostic précoce étaient plus solides, donnent des résultats bien meilleurs. La précocité de l'intervention, jointe à une technique plus précise, leur donne un taux de guérison inconnu jusqu'alors.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des sténoses chroniques sous-vatériennes est difficile, surtout au début. Souvent ce ne sera qu'une intuition que l'on fera vérifier par la radioscopie.

Ces douleurs épigastriques, ces nausées, ces vomissements peuvent être pris pour des troubles dyspeptiques banaux. Les malades les rattachent souvent à leur nourriture, à leur genre d'existence fatigante. Malgré les régimes, malgré le repos qu'ils s'octroient, leurs troubles persistent sans changement. On est alors amené à penser qu'ils sont liés à une appendicite chronique ou à une cholécystite. Nombreuses sont les observations où les malades ont subi successivement des appendicectomies et des cholécystectomies, sans pour cela obtenir une amélioration quelconque. Un examen sous l'écran relève alors brusquement l'existence d'une sténose sous-vatérienne à laquelle on n'avait pas songé.

Malgré l'absence d'hémathémèses ou de mælena, ces troubles sont quelquefois rattachés à un ulcère

pylorique ou duodénal. Certains auteurs aujourd'hui admettent même que les sténoses sous-vatériennes incomplètes favorisent l'éclosion de ces ulcères en ralentissant le passage du chyme stomacal hyperacide. On fait une intervention dans l'idée de pratiquer une gastro-entérostomie. L'examen successif de l'estomac, du pylore, du duodénum ne révèle rien d'anormal, et c'est à contre-cœur que le chirurgien fait une gastro-entérostomie « de complaisance ». C'est alors qu'apparaissent au cours des suites opératoires, ces troubles que notre maître, le Docteur Larget, a signalés dans sa thèse sur le « Traitement des ulcères duodénaux », et que Welti a étudiés par la suite dans la sienne. Le lendemain de l'intervention ou dans les jours qui suivent, l'opéré est pris de vomissements bilieux, abondants ; toute la thérapeutique, les lavages d'estomac en particulier, a peu d'efficacité ; l'alimentation est impossible. La situation est parfois très inquiétante, le malade étant dans un véritable état syncopal ; quelques morts en ont été la conséquence. (Obs. Wilki. Obs. XXVIII Duval).

S'il vient à se rétablir, il ne ressent aucune amélioration de son état antérieur. On est porté à suspecter l'existence d'un *circulus viciosus*, mais un examen radioscopique complet et minutieux montre alors une sténose sous-vatérienne incomplète qui avait passé inaperçue auparavant.

Lorsque l'estomac est très dilaté, dans les sténoses anciennes, en particulier celles d'origine néoplasique, il est quelquefois difficile de préciser le siège de l'ob-

stacle. S'agit-il d'une sténose pylorique ou d'une sténose sous-vatérienne ? L'examen des vomissements est ici primordial. Sont-ils surtout alimentaires, contiennent-ils de l'acide chlorhydrique et des acides de fermentation, la sténose est pylorique. Au contraire sont-ils liquides, de coloration verte, ayant subi un début de digestion, contiennent-ils de la bile, la sténose siège au-dessous de l'ampoule de Vater. En somme le signe pathognomonique, sur lequel repose ce diagnostic, sera la présence ou l'absence de bile dans les vomissements.

ETIOLOGIE

L'étiologie des sténoses sous-vatériennes est d'origine très diverse, comme peut nous le montrer la lecture de nos observations. Pour faciliter leur étude nous suivrons la classification suivante :

1° Sténoses d'origine organique.

- a) néoplasique ;
- b) pariétale.

2° Sténoses d'origine mécanique.

- a) compression d'organes voisins (pancréas, vésicule) ;
- b) brides inflammatoires (aiguës ou bacillaires) ;
- c) anomalie de développement de l'anse duodénale ; plicature d'anse) ;
- d) anomalies portant sur le péritoine.
 - α) brides congénitales (plissement) ;
 - β) défaut d'accolement ;
 - γ) brièveté du mésentère ;
 - δ) mésocôlon transverse trop long.
- e) anomalie de l'angle duodéno-jejunal (muscle de Treitz et accolement secondaire).

1° STÉNOSES D'ORIGINE ORGANIQUE

a) *Néoplasiques* : Les néoplasmes du duodénum sont rares ; nous n'en trouvons que deux dans nos observations ; l'un, de Chomel, intéressait la partie inférieure de la deuxième portion et le genu inferius ; l'autre, de Cade et Devic, siégeait sur l'angle duodéno-jejunal. Cependant, dans quelques cas, les néoplasmes de l'ampoule de Vater peuvent aussi produire un syndrome de sténose sous-vatérienne, surtout à la période terminale.

Les sténoses néoplasiques ont ce caractère particulier, d'évoluer progressivement, sans aucune rémission, vers l'occlusion complète. C'est dans ces cas que l'on peut voir des dilatations énormes de l'estomac, refoulant la paroi abdominale et simulant la sténose du pylore.

Ce genre de sténose est particulièrement grave car, aux troubles d'occlusion, s'ajoute la cachexie cancéreuse.

La duodéno-jejunostomie est difficile à réaliser et ne pourra être que palliative.

b) *Pariétale* : La lumière duodénale peut être aussi obstruée par un rétrécissement développé au dépens de la paroi. Politi Flamini, en 1908, signalait un repli de la muqueuse qui créait un véritable « diaphragme muqueux ».

Orschsner, quelque temps après, dans un cas semblable, décrivait même quelques fibres musculaires. Depuis on leur a donné le nom de sphincter d'Orschs-

ner. En réalité, ce sont là simplement des valvules conniventes, qui se sont anormalement développées au point de devenir géantes.

La limite inférieure du duodénum, comme l'a démontré F. Villemain (*Arch. de Morphologie gén. et exp.*, 1912), est aussi marquée par un rétrécissement normal, que parcourent deux artères branches de la mésentérique supérieure. Ce rétrécissement répond à l'insertion d'un repli important de la muqueuse duodénale, qui forme une véritable valvule, la valvule duodéno-jejunale. Si le rétrécissement est important et qu'il y ait une exagération de cette valvule, à laquelle s'ajoute un spasme par surcroît, on conçoit facilement qu'il puisse exister une sténose passagère plus ou moins incomplète. Peut-être faut-il expliquer de la sorte quelques troubles éphémères, qui surviennent à la suite de certaines gastro-entérostomies et qui finissent par s'atténuer.

2° STÉNOSES D'ORIGINE MÉCANIQUE

a) *Compressions de voisinage.* — Il serait facile d'en imaginer de nombreux types ; et cependant elles sont relativement rares. Pierre Duval rapporte deux cas seulement de sténose incomplète par compression de la vésicule bourrée de calculs.

Dans un autre cas, c'était un cancer de la tête du pancréas évoluant à bas bruit. Un ictère progressif avait d'abord nécessité une gastro-cholécystestomie. Quatre ans plus tard le duodénum était comprimé à

son tour. Une gastro-entérostomie s'imposa, mais la survie ne dépassa pas quatre mois.

Dans une des observations que nous devons au Docteur Larget, le pancréas avait un lobe supplémentaire qui s'engageait dans le mésentère et se prolongeait le long des vaisseaux mésentériques. Il comprimait la troisième portion du duodénum du seul fait de son existence.

b) *Brides inflammatoires.* — Un autre genre de sténose est réalisé par des brides scléreuses qui, autour du duodénum, provoquent des strictions et l'étranglent. Elles peuvent être consécutives à des affections très diverses : les unes inflammatoires, les autres chroniques, telles la tuberculose et la syphilis.

De par sa situation anatomique, les affections du carrefour ont un retentissement obligé sur le duodénum. Que ce soit une cholécystite, une pancréatite chronique ou même un ulcère pyloro-duodénal, il est bien rare de ne pas rencontrer un certain degré de périoduodénite. Si elle est tant soit peu intense, il se produira soit une atteinte de l'intégrité de la musculuse et un processus de sclérose, soit des adhérences péri-viscérales. On trouve ces lésions surtout dans les sténoses consécutives à des interventions portant sur l'estomac ou le duodénum. Quelques mois après l'opération, les troubles s'accusent; la radioscopie montre une sténose sous-vatérienne duodénale. Si l'on opère, on découvre des brides de péritonite chronique, alors que le compte rendu opératoire précédent est muet à ce sujet.

Enfin certains auteurs ont signalé des sténoses dues à des brides de périoduodénite consécutive à des appendicites chroniques ou suppurées.

La tuberculose est une étiologie qui est retrouvée dans un assez grand nombre d'observations. Succédant à l'ascite ou à un damier ulcéro-caséeux, la sclérose est un processus de guérison, mais elle a l'inconvénient de produire des brides sténosantes et adhésives qui, un jour, sont à l'origine d'accidents occlusifs. Au cours de l'intervention, on aura souvent des difficultés à mobiliser les anses intestinales : on se contentera de sectionner les brides. Dans la suite, on devra toujours craindre des récides.

Signalons enfin que certains auteurs ont cru devoir rapporter quelques cas à la syphilis. Babonneix et Levy (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1925), auraient ainsi guéri un malade par le traitement spécifique.

A côté de ces causes qui sont manifestement acquises, il en est d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui sont congénitales. Elles sont dues à des anomalies intéressant soit la rotation de l'anse duodénale, soit le péritoine et ses accolements.

Anomalie de l'anse duodénale.

La plus fréquemment rencontrée est une plicature anormale de cette anse.

Les courbures de l'anse duodénale sont fort variables. Les anatomistes décrivent des duodénums

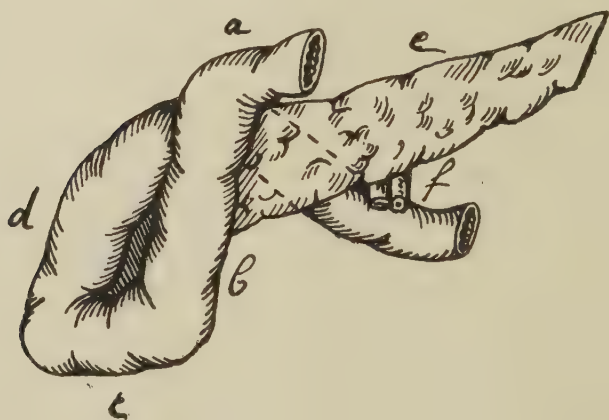
en U, en C, en O, en V, mais quelle que soit la forme de l'anse, celle-ci se trouve toujours enroulée autour de l'artère mésentérique supérieure, de haut en bas et de droite à gauche, en sens inverse des aiguilles d'une montre, formant une boucle à concavité supérieure. Dans quelques cas l'anse est incomplète ; accolé ou mobile, le duodénum n'est pas enroulé autour de la mésentérique, l'angle duodéno-jejunal restant à droite de la ligne médiane.

Le premier en 1912, le Docteur Villemin, Professeur d'Anatomie à la Faculté de Bordeaux, décrivait une telle anomalie du duodénum (*Bull. et Mém. de la Soc. d'Anthropologie*, 1912). Chez son sujet, la première portion du duodénum était normale ainsi que la seconde bien qu'elle fut dilatée. La troisième portion, plus rétrécie, se recourbait brusquement en haut, en arrière et à droite, devenait ascendante, s'accolait en canon de fusil contre la portion descendante, puis s'insinuait derrière la première portion pour former la quatrième. L'angle duodéno-jejunal n'existait pas, mais on retrouvait sa trace grâce aux insertions du muscle de Treitz. Le pancréas avait subi aussi une profonde modification ; il était épaissi et son grand axe était devenu oblique à droite et en bas. Les vaisseaux mésentériques étaient franchement à gauche.

En 1922 Leveuf et Huet (*Bull. et Mém. de la Soc. d'An.*) publiaient un autre cas en tous points semblable.

En 1923, John Anderson (*British Journal of Surgery*, janvier 1923) citait un cas analogue.

Boppe et Krebs, en 1924, présentaient à la Société Anatomique une observation identique. A la radioscopie, il semblait que le duodénum fut entièrement renversé ; l'intervention montra qu'en réalité les deuxième et troisième portions étaient accolées en



- a) 1^{re} portion du duodénum.
- b) 2^e — — —
- c) 3^e — — —
- d) 4^e — — —
- e) Pancréas.
- f) Vaisseaux mésentériques.

canon de fusil et que la quatrième s'insinuait derrière la première, comme s'il s'était produit un véritable nœud. L'angle duodéno-jejunal était à droite des vaisseaux mésentériques.

On a donné pas mal d'explications à ces anomalies, mais l'opinion du Professeur Villemin nous paraît la plus logique : dans la rotation de l'estomac et

l'accolement de l'anse duodénale, le pylore et l'angle duodéno-jejunal sont les deux premiers points qui deviennent fixes. Si l'anse duodénale est particulièrement longue et mobile, elle peut prendre cette position anormale, que viendra fixer, d'une façon définitive dans la suite, l'accolement du péritoine pariétal et du mésentère commun.

Anomalies du péritoine.

Ce sont les plus nombreuses. Nous passerons en revue successivement :

- a) les brides congénitales ;
- b) les défauts d'accolement ;
- c) la brièveté du mésentère ;
- d) le mésocôlon transverse trop long.

On peut rencontrer, sur le duodénum, des brides péritonéales d'origine congénitale : elles siègent tantôt au niveau du genu inferius, ou sur la portion horizontale, tantôt au niveau de l'angle duodéno-jejunal. Ces brides, comparables aux brides de Lane ou de Jackson que l'on rencontre sur le cæcum ou le côlon ascendant, sont toujours avasculaires. Leur signification est difficile à expliquer : elles seraient dues à un plissement du péritoine. Leur simple section suffit à supprimer la sténose.

On a souvent incriminé un défaut d'accolement du mésocôlon. Il peut être total ou partiel.

Duval et Gatellier en ont décrit trois types :

Dans un premier type, « l'évolution du tractus intestinal s'est faite jusqu'au stade d'accolement.

L'anse intestinale ayant terminé sa rotation autour de la mésentérique comme axe, le duodénum s'est placé contre la paroi postérieure. Le cadre colique est en place, mais l'artère mésentérique reste le pivot du méso du gros intestin qui forme le feuillet droit, mobile d'un livre, dont le feuillet gauche, également mobile, est le mésentère. Tout le gros intestin tend à glisser naturellement dans le bassin. La corde mésentérique, attirée par un poids anormal, vient écraser le duodénum contre la paroi postérieure ».

La traction exercée sur la mésentérique est du reste variable, suivant l'état de réplétion intestinale. Ceci explique la variabilité des symptômes observés et les périodes de rémission.

Dans un second type l'anomalie se complique. Non seulement le mésocôlon ne s'est pas accolé, mais encore le duodénum est resté lui-même flottant. Dès lors, la torsion du gros intestin a pu se faire anormalement sous le duodénum. Le cæcum est bien à sa place dans la fosse iliaque droite, mais le côlon transverse est sous-duodéno-jejunal. L'artère mésentérique passe sur le duodénum, qui se trouve ainsi étranglé.

Dans un troisième stade le défaut d'accolement est accompagné d'une torsion en volvulus de tout l'intestin. Le duodénum est écrasé au niveau de sa troisième portion par l'action compressive du mésentère tordu autour des mésentériques.

Le défaut d'accolement peut n'être que partiel et ne toucher que le côlon droit.

S'il n'y a qu'une simple mobilité du cæcum et du côlon ascendant, il peut se produire une traction sur l'angle duodéno-jejunal qui s'étrangle et se sténose. Cette éventualité est assez rare.

Si, au contraire, l'angle sous-hépatique est très mobile ainsi qu'une partie du transverse, il se produit une traction sur le mésentère et la colica media. L'étranglement de la troisième partie du duodénum sera dû en grande partie à la corde de cette colica media.

La brièveté du mésentère a été aussi mise en cause, en particulier par Bloodgood. Pour cet auteur elle agirait par deux mécanismes.

En effet, du fait de sa brièveté, la corde s'appliquerait contre la paroi postérieure et comprimerait ainsi la troisième portion du duodénum. D'autre part, l'angle duodéno-jejunal serait coudé et étranglé.

Enfin, en dehors de toute anomalie d'accolement, on peut trouver un mésocôlon trop long. Le côlon prolabé tire sur son méso, qui écraserait l'angle duodéno-jejunal.

Anomalie de l'angle duodéno-jejunal.

Parfois, la sténose est constituée par une flexion exagérée de l'angle duodéno-jejunal, alors qu'il est difficile de l'expliquer par un défaut d'accolement du péritoine ou l'existence d'un mésocôlon trop long. Pour expliquer cette ptose il y a lieu de reprendre les opinions des auteurs classiques et de les compléter.

Pour les auteurs classiques la fixité de l'angle duodéno-jejunal est réalisée par le muscle de Treitz. « Celui-ci, de forme triangulaire, naît par une large base, de la convexité duodéno-jejunale et d'une partie de la portion transverse inférieure, pour s'insérer sur les piliers du diaphragme. » (Treitz.) Cet angle répondrait aux 2^e et 3^e vertèbres lombaires.

Le Professeur Villemain a repris l'étude des insertions du muscle de Treitz (Montagné. Thèse Bordeaux, 1924), mais en ayant soin de laisser le duodénum en place. Il a constaté que les insertions de ce muscle ne se faisaient pas « sur la convexité de l'angle duodéno-jejunal mais sur la face postérieure de cet angle, descendant très bas et s'enfonçant même parfois dans le mésentère. A ce niveau on rencontre le rétrécissement qui caractérise la limite inférieure du duodénum. Villemain et Montagné appellent cet angle, « angle duodéno-jejunal vrai » ou « angle de Treitz ». En effet, dans la majorité des cas, le jejunum, qui fait suite, subit sur une distance de quelques centimètres, un accollement secondaire, soit au péritoine pariétal, soit au mésocôlon. Cette disposition entraîne un deuxième angle que Villemain nomme « faux angle duodéno-jejunal », ou mieux, « angle jejuno-jejunal ».

L'insertion postérieure du muscle de Treitz sur l'angle duodéno-jejunal, les accollements secondaires du jejunum ont pour conséquence d'augmenter le rayon de la concavité duodéno-jejunale.

Que le muscle de Treitz devienne insuffisant, que les accollements du jejunum se fassent anormalement,

il pourra s'ensuivre une ptose de l'angle duodéno-jejunal qui entraînera une coudure plus ou moins sténosante.

En résumé, les causes de sténoses sous-vatériennes sont très nombreuses ; il en est d'acquises, telles les néoplasmes, les compressions de voisinage, les brides cicatricielles ; il en est de congénitales, dues à des anomalies du péritoine ou de fixation de l'anse duodénale. Il en est de rares, il en est de fréquentes, et parmi celles-ci nous retiendrons surtout les brides périoduodénales et la corde mésentérique.

TRAITEMENT

Le traitement des sténoses sous-vatériennes est uniquement chirurgical. Sans doute, devant l'état précaire de certains malades, faudra-t-il combattre la déshydratation consécutive aux vomissements abondants par des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique ! Ce traitement chirurgical a évolué depuis une trentaine d'années. Tout d'abord, il semblait logique que le seul fait de lever l'obstacle, soit en supprimant la bride sténosante, soit en redressant par une pexie un angle ou un coude étranglé, put suffire à rétablir le cours normal du tube digestif. Ce procédé a compté pas mal de succès, mais souvent ils étaient éphémères car il se produisait de nouvelles sténoses, relevant des mêmes causes. On a pensé alors à faire des gastro-entéro-anastomoses. Beaucoup de chirurgiens, en particulier Grégoire, n'ont eu qu'à s'en louer. Cependant on la délaisse de plus en plus pour faire une duodéno-jejunostomie, intervention beaucoup plus logique. En effet, la gastro-entéro-anastomose permet une vidange très incomplète du duodé-

num ; elle ne peut avoir lieu que lorsque la sténose est suffisamment perméable pour permettre l'écoulement de la bile et du suc pancréatique. Que celle-ci s'accroisse encore un peu, et toute une série de troubles apparaîtront. Welte, dans sa thèse, a mis en valeur les accidents consécutifs à une gastro-entéro-anastomose insuffisante. Il a montré que seule une duodéno-jejunostomie complémentaire permettait la disparition de ces accidents.

C'est Barker qui, le premier, en 1906, à une réunion de médecins américains, proposa la duodéno-jejunostomie pour amener la disparition de la stase duodénale. Elle ne fut pratiquée, pour la première fois, que deux ans plus tard, par Staveland. Pendant longtemps, elle fut considérée comme une opération difficile. C'est aux chirurgiens français, en particulier Duval et Grégoire, que revient tout le mérite d'en avoir fait une intervention d'exécution facile, en précisant la technique. La bouche sera faite à la couture, quelquefois au bouton, si l'opération doit être brève elle sera sous-mésocolique ou bien transmésocolique. Dans ce cas, on effondrera le méso à droite de la colica media. Du fait de la friabilité des parois et de la toxicité des liquides du duodénum, on devra bien protéger le péritoine par des compresses.

La lecture de nos observations prouve l'efficacité de cette intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION V

*Observation publiée par Chomel, en février 1852,
dans la Gazette des Hôpitaux. — Résumé.*

Femme de 64 ans. Depuis un an, diminution de l'appétit. Il y a un mois, apparaissent des douleurs dans le ventre et des vomissements bilieux, de plus en plus fréquents et abondants.

Digestions d'abord normales, plus tard pénibles, puis impossibles. Constipation opiniâtre. Vomissements survenant une demi-heure ou une heure après les repas, d'une saveur amère, non acide, de coloration verdâtre.

Amaigrissement, anorexie. L'estomac se dessine pendant les contractions péristaltiques. Le ventre, très aplati à son extrémité supérieure, présente un phénomène important à noter; ses parois assez flasques et amincies dans toute leur étendue, sont soulevées dans la fosse iliaque gauche par une saillie en forme de cornemuse dont les extrémités sont logées dans les deux fosses iliaques, et la grande courbure descend jusqu'au pubis, tandis que la petite courbure semble contourner la région ombilicale. Les extrémités remontent jusqu'au-dessous des fausses côtes des deux côtés.

Toute cette saillie, qui présente par intervalle des

mouvements vermiculaires, est très sonore à la percussion. Elle disparaît par moments et le ventre est alors complètement aplati. Lorsque la tumeur se dessine, la malade semble éprouver un spasme et il apparaît quelquefois une espèce de sillon presque vertical, qui, de l'une des extrémités, semble se porter directement vers l'autre. Par la palpation et la succusion on détermine dans la tumeur un gargouillement formidable, cette grande cavité contenant du liquide et de l'air. Il ne peut s'agir que d'un estomac dont le corps aurait été déplacé sans que les extrémités eussent notablement changé.

Mort de la malade quinze jours après son entrée dans le service.

Autopsie : L'estomac est considérablement augmenté de volume, occupant toute la fosse iliaque gauche. L'extrémité pylorique est distendue, contenant une grande quantité de liquide verdâtre évidemment bilieux. La partie du duodenum qui fait suite est distendue, présentant un diamètre double de la normale.

A l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur du duodenum, il existe une tumeur circulaire, irrégulière, criant sous le scalpel. La lumière très rétrécie admet à peine le petit doigt. La tumeur n'a pas envahi les tuniques intestinales et forme autour de l'intestin une virole cancéreuse qui a rétréci le calibre.

Le cholédoque est à peine rétréci. Le pancréas est indemne. Sur l'estomac, quelques plaques cancéreuses.

OBSERVATION VI

Recueillie en 1891 dans le service du professeur agrégé Campenon, à la Charité; publiée dans la thèse de A. Petit. Paris, 1900-01.

En avril 1891, entre à l'hôpital de la Charité M. X..., 40 ans, victime d'un accident de revolver. L'orifice d'en-

trée de la balle siège à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La direction de la balle aurait été horizontale et en arrière. Le blessé ne présentant aucun signe d'hémorragie interne, on s'abstient d'intervenir. On lui conseille l'immobilité absolue et on lui met de la glace sur le ventre. Tout fait prévoir une guérison facile, quand, le dix-septième jour, le blessé se levant, apparaissent les premiers phénomènes morbides.

Il se plaint d'abord de pesanteur épigastrique. Le lendemain, même sensation vague; le soir, il se produit un vomissement. Malgré l'immobilité au lit, la glace sur l'abdomen, les vomissements vont en augmentant et perdent leur caractère alimentaire pour devenir bilieux et verts, très amers, mais sans aucune odeur fécaloïde.

La suppression des gaz et des matières est absolue; le pouls est très faible, le faciès anxieux; l'épigastre est légèrement ballonné et sonore; les flancs sont aplatis.

L'intervention est décidée, car il ne peut s'agir que d'une obstruction intestinale, à siège élevé.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

La masse intestinale est affaissée, légèrement rouge. Dans la région gauche supérieure, on ne trouve aucun obstacle; c'est sur la ligne médiane qu'on le découvre.

Entre l'aorte et la mésentérique, le duodenum apparaît comme coupé; en soulevant le mésentère, les gaz s'engagent dans la partie sous-jacente. On essaie de caler la masse intestinale. Devant l'état alarmant du malade, on termine au plus vite l'intervention.

Le malade meurt dans la nuit.

L'autopsie est pratiquée 36 heures après la mort.

Le trajet de la balle est complètement cicatrisé et n'intéresse pas la cavité péritonéale.

L'intestin grêle et le gros intestin renferment une petite quantité de gaz. Estomac normal. Le duodenum est profondément modifié; il est énorme et simule un

véritabie estomac, placé verticalement. L'obstacle siège bien entre l'aorte et la mésentérique, mais il s'agit surtout d'une coudure anormale du duodenum. En effet, toute la région pancréatico-duodénale est déformée par un gros hématome péri et rétro-aortique.

On retrouve la balle appliquée contre un corps vertébral.

OBSERVATION VII

Recueillie en 1898 dans le service du professeur agrégé Campenon, à la Charité; publiée dans la thèse de A. Petit. Paris, 1900-01.

M^{me} A..., 32 ans, passe dans le service du professeur agrégé Campenon pour des signes d'obstruction intestinale très élevée, caractérisés par la suppression totale des gaz et des selles, vomissements incoercibles. Le pouls est petit, le faciès est anxieux et tiré; les urines sont en diminution notable; l'abdomen n'est pas ballonné, sauf la région épigastrique qui est sonore. Le palper méthodique ne donne aucun renseignement, sauf une certaine sensibilité à la pression profonde.

L'histoire de la malade est obscure. Le début de l'affection remonterait à huit jours; à ce moment, la malade aurait ressenti des tiraillements de l'estomac, suivis de nausées et de vomissements; pas de douleur initiale. Ces accidents s'étaient déjà produits plusieurs fois auparavant et avaient été attribués à des indigestions. Cette fois, devant leur persistance, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Aucune amélioration ne se produisant, le professeur Campenon se décide à intervenir.

Opération : Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'examen des viscères est négatif : estomac, intestin grêle et gros intestin.

Cependant le duodenum est dilaté au voisinage des vaisseaux mésentériques surtout à gauche de la ligne médiane. A l'origine du jéjunum on constate le fait suivant : une coudure brusque à sinus regardant en bas.

Il suffit de redresser cette coudure, en relevant en haut l'origine du jéjunum, coudure que ne fixe d'ailleurs aucune adhérence, pour voir immédiatement des gaz s'y engager, nous dirons même s'y précipiter, tant est rapide le changement de volume de l'intestin, vide un instant auparavant.

Il n'existe aucune bride péritonéale. C'est la portion libre de l'intestin qui est couchée sur la portion fixe.

Craignant que l'accident ne se reproduise s'il se contente d'abandonner les choses à elles-mêmes, M. le professeur Campenon fixe par trois points de suture, espacés l'un de l'autre par un centimètre environ, l'origine du jéjunum au méso-colon transverse. Ces points, faits à la soie fine, n'intéressent que la séreuse intestinale et sont peu serrés. Remise en place du grand épiploon. Suture de la paroi; pansement iodoformé.

Suites opératoires normales.

Guérison se maintenant deux ans après.

OBSERVATION VIII

(Bérard).

Le 12 juin 1906, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse M^{me} D..., âgée de 32 ans, mariée, sans enfants, depuis longtemps dyspeptique. Il y a huit mois, violentes douleurs au creux épigastrique, avec point dorsal. Ces douleurs ne semblent pas influencées par l'ingestion d'aliments. Vomissements alimentaires irréguliers, le plus souvent immédiatement après les repas. Jamais d'hématémèse ni de mœlena. Cette femme, très amaigrie, a perdu 16 kilos en 6 mois. Elle est pâle, mais non cachec-

tique. L'examen révèle un estomac clapotant ptosé, avec un peu de tension épigastrique et une évacuation très lente de la bouillie bismuthée. Le clapotage gastrique se poursuit loin à droite et en bas, jusqu'au voisinage de la région cœcale. Rein droit très mobile.

Première opération. La laparotomie médiane sus-ombilicale conduit sur un estomac extrêmement ptosé, avec un sillon au voisinage de la région pylorique que l'on prend pour une cicatrice d'ulcère, donnant un estomac biloculaire. Mais bientôt on reconnaît que ce sillon répond au pylore et que c'est le duodenum mobile et très distendu dans ses deux premières portions qui constitue la poche droite et inférieure. L'absence de tout ulcère et de toute cicatrice perceptible, la distension du duodenum prolongée jusqu'aux vaisseaux mésentériques, fait conclure qu'il s'agit d'une coudure du duodenum au niveau de ces vaisseaux comme origine des troubles de canalisation révélés chez cette malade. Gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique à la suture. On laisse une anse jéjunale libre de 30 cms environ entre l'origine du jéjunum et l'anastomose.

Les suites opératoires ont été marquées par des accidents graves de *circulus viciosus* avec vomissements copieux sans élévation de température. Ces accidents cédèrent à deux lavages d'estomac pratiqués à 24 heures d'intervalle.

Tous les troubles fonctionnels disparaissent rapidement ensuite. La malade, pendant sept ans, peut reprendre ses occupations, éprouvant seulement quelques pesanteurs après les repas, avec, parfois, des regurgitations aigres. Pas de régime spécial.

Vers le début de septembre 1913, brusquement, se produisent de nouveaux accidents, qui débutèrent par des pesanteurs épigastriques avec ballonnements après les repas. Des douleurs très violentes apparaissent bien-

tôt immédiatement après ceux-ci, pour se prolonger parfois durant deux ou trois heures. Vomissements alimentaires ou acides amenant une sédation appréciable des phénomènes douloureux.

Au début d'octobre, les douleurs deviennent continues, atroces aussi bien à jeun qu'après les repas; elles ne sont calmées par aucun traitement médical. Au mois d'octobre 1913, cette femme entre dans le service dans un état de maigreur et d'adynamie telle qu'on aurait pu croire à l'évolution d'un néoplasme. Peu de vomissements, mais des douleurs intolérables après l'absorption d'aliments même liquides. Aucun soulagement par les alcalins. L'examen révèle un clapotage intense au-dessus et à droite de l'ombilic, de la tension à ce niveau sans péritaltisme visible. Examen radioscopique : après ingestion de bouillie bismuthée, l'évacuation de l'estomac se fait à la fois par le pylore normal et l'orifice de la gastro-entérostomie. Mais le bismuth séjourne dans le duodenum.

Deuxième opération, le 25 octobre 1913. L'anse jéjunale de l'anastomose est distendu et ptosé, comme le duodenum et l'estomac d'ailleurs. La bouche admet deux doigts. Jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton. Guérison.

OBSERVATION IX

(Kellog).

Miss A... B..., âgée de 25 ans.

Depuis 1912, douleurs abdominales et crises de vomissements une à deux heures après les repas. Les vomissements sont amers, mais pas de stase alimentaire.

Première opération : En 1913, gastro-entérostomie. Soulagement du malade pendant douze mois. Quelques vomissements surviennent par crises. Il y a six mois,

tous les troubles ont à nouveau fait leur apparition. Amaigrissement considérable. Maux de tête et fatigue. Depuis son admission, la malade vomit presque à tous les repas. Examen : hypersensibilité dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen et dans la fosse iliaque droite. Sécrétion gastrique après repas d'épreuve : normale.

Deuxième opération, janvier 1915 : Adhérences entre estomac et vésicule. Le duodenum est très dilaté, la dilatation étant maximum au-dessous du colon transverse. Libération des adhérences, occlusion du pylore. Duodéno-jéjunostomie.

Pendant cinq jours, vomissements fréquents. Puis tous les symptômes disparaissent. La guérison persiste après cinq ans.

OBSERVATION X

(Kellog).

Miss M. R..., 37 ans.

Antécédents : Première opération : en 1915, appendicectomie et gastro-entérostomie pour ulcère gastrique.

Il y a deux ans, à plusieurs reprises, indigestions. Celles-ci se répètent bientôt tous les quinze jours. Il s'agit de sensations pénibles dans l'épigastre, dans l'hypochondre droit et à droite de l'ombilic. A certains moments, véritables crampes. Pendant les crises, l'ingestion d'aliments exagère les douleurs. Etat nauséux fréquent, mais pas de vomissements. Examen : sensibilité dans l'hypochondre droit. Légère contracture abdominale à ce nouveau. Rien à l'estomac. Duodenum non décelable. Examen radiologique : léger retard dans l'évacuation gastrique et duodénale.

Deuxième opération, en janvier 1918 : La bouche de gastro-entérostomie est normale; adhérences à son voi-

sinage. Le duodenum est dilaté dans sa totalité. Duodéno-jéjunostomie.

Tous les troubles disparaissent. Deux ans après l'intervention, la guérison persiste.

Remarque : L'état du duodenum n'est pas signalé au moment de l'établissement de la gastro-entérostomie. Pour Kellog, la sténose duodénale a été la conséquence des adhérences qui se sont développées après celle-ci.

OBSERVATION XI

(Foisy).

Fillette de 14 ans. Depuis son enfance, sa santé a toujours été imparfaite. Elle présentait des crises douloureuses après les repas, mais sans vomissements. Anémie.

Les douleurs ont augmenté et pour la première fois des vomissements bilieux apparaissent.

Quatre crises se reproduisent à un mois d'intervalle. La région épigastrique est contracturée avec une voussure notable.

On porte le diagnostic d'occlusion du duodenum. La radioscopie montre un estomac normal.

L'état général s'aggrave, puis s'améliore, lorsque survient une cinquième crise.

Intervention. On trouve un duodenum considérablement dilaté en amont d'une bride avasculaire sous mésocolique, s'insérant à droite à la face postérieure du colon ascendant et se terminant en haut au voisinage de l'artère mésentérique. On section la bride et aussitôt la circulation duodénale se rétablit.

Suites normales.

Deux mois après, la guérison est parfaite. Elle reprend du poids. Son entrain et sa gaieté sont revenus.

OBSERVATION XII

(*Ombredanne*).

Fillette de 12 ans. Début des accidents à l'âge de 18 mois. Vomissements bilieux répétés, deux à trois fois par mois, avec péristaltisme gastrique. On pense à une sténose pylorique. Cæcum rempli et clapotant. Induration dans la région duodénale. Radioscopie. Estomac d'apparence à peu près normale. Stase duodénale avec dilatation très marquée. Véritable poche duodénale. Amaigrissement, prostration, tétanie, dans les membres supérieurs.

Intervention : Volvulus total de l'intestin par absence de coalescence des mésocolons. Coincement du duodenum par l'action compressive de la bride formée par le mésentère.

Eviscération. Détorsion du paquet intestinal et remise en état normal.

On fixe alors les colons en cadre à la paroi postérieure des hypochondres.

Suites opératoires assez simples.

Deux mois après, état général très amélioré. Considérée comme guérie par M. Variot.

OBSERVATION XIII

(*Frank*).

Enfant de onze mois, sexe féminin. Depuis l'âge de quatre mois n'a que des vomissements bilieux. Leur quantité dépasse en abondance celle des liquides ingérés. On note des contractions péristaltiques de la région épigastrique. On remarque une voussure épigastrique que la palpation identifie comme une tumeur gastro-duodénale.

Intervention : L'estomac et le duodenum en amont

du mésentère sont considérablement dilatés. Duodéno-jéjunostomie.

Suites simples.

Revue après un an et demi. Excellent état de développement.

OBSERVATION XIV

Publiée par Cade et Devic, de Lyon, dans les Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nut., t. X, n° 7, février 1920, p. 419. — Résumé.

M^{me} R..., 72 ans, entre dans le service pour vomissements. Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a dix-huit mois; depuis cette époque, elle est amaigrie et affaiblie. Il y a un an, apparition de signes gastriques : elle est réveillée dans la nuit par une douleur épigastrique, avec sensation de vacuité de l'estomac et de faim impérieuse calmée par l'ingestion d'aliments.

Il y a un mois, apparition de vomissements quelquefois accompagnés de douleurs. Dans la journée, pesanteur épigastrique, sensation de ballonnement avec état nauséux. Vers le soir, la douleur devient plus violente, puis apparaît un grand vomissement : vomissement bilieux, très amer. Actuellement la malade n'ose même plus s'alimenter et boire à sa soif.

Constipation opiniâtre; jamais d'hématémèse ni de mælena. Pas d'ictère.

Examen : Malade amaigrie, asthénique; abdomen flasque, sous lequel se dessine avec une netteté remarquable un gros estomac qui fait une saillie considérable et descend au-dessous des crêtes iliaques; apparition d'ondes péristaltiques. Le foie déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt. Pas d'adénopathie. Pas d'ascite.

Devant l'état alarmant de cette malade, la netteté des

signes de sténose, on décide une intervention. Gastro-entérostomie. Décès trente-six heures plus tard.

Autopsie : Estomac dilaté. On ne trouve pas de lésions stomacales. Le pylore apparaît béant.

Le duodenum est dilaté jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. A ce niveau et en arrière, on tombe sur du tissu blanc brillant, cartonné, se prolongeant de deux centimètres dans le mésentère. Après incision, on note un rétrécissement de la lumière qui laisse à peine passer le petit doigt sur une longueur d'un centimètre. Au-dessus de la sténose la paroi est normale; le duodenum est rempli de bile.

On trouve des ganglions dans le hile du foie. L'estomac est indemne.

On prélève un fragment de la tumeur pour examen histologique.

Réponse du laboratoire : épithélioma.

OBSERVATIONS XV, XVI et XII

Cas rapportés à la Société Nationale de Chirurgie par le Professeur P. Duval, à la séance du 9 juin 1920. (B. et M. de la Soc. Nat. de Chir.).

1^{er} *Cas. Résumé.* — Il s'agit d'une malade adressée au professeur Duval par le docteur Hudelo, en 1913, pour un ictère chronique progressif. A l'intervention, il trouva une volumineuse tumeur du pancréas et fit une cholécystogastrostomie. Dans la suite il ne revit la malade qu'en 1918 et fut tout surpris de la retrouver en bonne santé. Cependant l'année suivante, en 1919, elle revint avec un syndrome complet de rétrécissement du duodenum et une grosse tumeur épigastrique. Une nouvelle intervention est décidée. Il constata cette fois encore, sans aucun doute, un néoplasme du pancréas, qui

comprimait le duodenum. Il fit une gastro-entérostomie. La malade succomba quatre mois plus tard.

2° *Cas. Résumé.* — Il s'agissait d'une jeune fille de 23 ans au passé chirurgical très chargé. Il y a dix ans, elle fit une péritonite par perforation due à un diverticule de Meckel. Plus tard, elle présenta une fistule entéro-vésicale à la suite d'une appendicite aiguë perforée. Elle fut opérée par Pierre Bazy.

Depuis quelque temps la malade présente de nouveaux signes abdominaux peu nets : la radioscopie révéla une sténose de la 3° portion du duodenum. J'avoue, devant le passé péritonéal de cette jeune fille, avoir rapporté cette sténose à des adhérences périoduodénales.

Or, hier matin, à la laparotomie, pas d'adhérences périoduodénales, mais un duodenum dont la première et la deuxième moitié, comme aussi la portion droite de la troisième, sont véritablement géantes, larges de quatre travers de doigt. Le colon droit n'a présenté aucun accolement. L'accolement ne commence qu'à la gauche de l'artère mésentérique supérieure. La colique transverse coupe le duodenum dans sa troisième partie, obliquement en bas et à droite tout contre la mésentérique supérieure comme dans le cas de Grégoire; c'est elle qui étrangle le duodenum et non le tronc même de la mésentérique, comme le disent les auteurs Américains et Anglais.

Le bord droit du grand épiploon est libre, il n'adhère ni au duodenum ni au colon transverse. Je me trouve devant cette disposition curieuse de pouvoir entrer directement dans l'arrière cavité des épiploons par son bord droit, une mince lame très fenêtrée d'ailleurs la limite, en effet, de ce côté. Toute la portion gauche du duodenum est de dimension normale. C'est donc un cas

typique d'obstruction chronique de la troisième portion du duodenum par traction d'un colon mobile sur l'artère colique transverse.

A cette malade, je fis une duodéno-jéjunostomie trans-mésocolique avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire entre les deux bouts de l'anse anastomosée.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

(*Wilkie*).

Une malade est admise à la clinique dans un état général grave présentant des vomissements subintrants. Le pouls est incomptable.

Examen : Météorisme abdominale avec sensibilité dans la région épigastrique.

Opération : Grosse dilatation de l'estomac et du duodenum, jusqu'aux vaisseaux mésentériques; gastro-entérostomie.

Malgré le sérum sous-cutané et intrapéritonéal, la malade meurt 12 heures après.

Autopsie : Aucune trace de péritonite; anses grêles petites, vides, mais congestionnées et présentant quelques ecchymoses. Ces lésions pariétales semblent en rapport avec la compression exercée par le duodenum distendu sur la veine mésentérique.

OBSERVATIONS XIX, XX et XXI

Cas rapportés à la Société Nationale de Chirurgie par le D^r Savariaud, à la séance du 9 juin 1920. (B. et M. de la Société Nat. de Chirurgie).

Il s'agit de l'histoire de trois malades du D^r Jean, médecin principal de la Marine.

1^{er} Cas. *Résumé*. — Ce malade présentait à la radioscopie un arrêt du bismuth dans la deuxième portion du

duodenum où il ne cheminait que difficilement sous la forme d'un mince filet qui, vu de profil, paraît coudé en S. Cliniquement, ce malade accusait une douleur et une contracture dans la région pancréatico-duodénale; la constipation était opiniâtre depuis longtemps.

A l'opération, on découvre de nombreuses adhérences tout le long du duodenum et une coudure sagittale à angle aigu au niveau de la deuxième portion. Libération des adhérences, redressement de la coudure, épiplooplastie; gastro-entérostomie.

L'état général se relève rapidement après l'opération et la constipation, qui durait depuis de nombreuses années, disparaît.

2° *Cas. Résumé.* — Le deuxième malade présente des crises gastriques consistant en vomissements et douleurs sans caractères. La constipation est opiniâtre. L'examen radioscopique montre une coudure de la troisième portion. Toute l'anse duodénale est douloureuse.

A l'opération, on découvre, outre la coudure décélée par la radioscopie, une bride de Lane à l'origine du jéjunum. Cette bride détermine avec l'origine du mésentère une profonde fossette duodéno-jéjunale. Pas de traces d'ulcus duodénal ou de maladie de la vésicule. Libération pénible de toutes les brides. Gastro-entérostomie.

Malgré des suites immédiates pénibles, guérison de tous les symptômes, y compris la constipation; guérison se maintenant six mois après l'opération.

3° *Cas.* — Ce malade souffre depuis sept ans de douleurs et vomissements survenant deux à trois heures après les repas; il a maigri de 27 kilos; la constipation est très marquée. L'examen du chimisme gastrique a révélé une stase gastrique, mais pas de modifications. On réveille une douleur à la pression de la région pancréatico-duodénale.

A la radioscopie, on découvre une ptose gastrique avec dilatation. Le duodenum est coudé au niveau de l'ampoule de Vater. Le bismuth s'arrête vers le milieu de la troisième portion, reflue dans l'estomac, puis finit par franchir l'obstacle. Ptose du colon.

A l'opération, la première et la deuxième portions du duodenum sont couvertes d'adhérences. La deuxième est coudée au niveau du colon transverse; plus bas, l'artère mésentérique supérieure provoque une forte obstruction sur la troisième portion.

Même thérapeutique que dans les cas précédents. L'état général se transforme rapidement : le malade a repris 9 kilos et ne souffre plus.

OBSERVATION XXII

(*Launay*).

Un homme âgé de 50 ans vient consulter en février 1920. Passé gastrique depuis quinze à vingt ans. Actuellement, signes d'une sténose pyloro-duodénale complète. Etat général très amoindri.

Première opération. — En 1920, la laparotomie montre une masse irrégulière et dure englobant la première portion du duodenum près du pylore. Elle est largement et intimement adhérente à la tête du pancréas. Le malade n'étant pas en état de supporter une opération longue et difficile, gastro-entérostomie. L'extirpation de la tumeur sera faite secondairement.

Mais le malade s'améliore tellement après cette première intervention qu'il refuse la seconde. Le bon état de santé dure pendant quinze mois au cours desquels le malade reprend du poids largement. Un examen radioscopique montre alors une oblitération permanente du pylore avec un bon fonctionnement de la bouche anastomique.

Après quinze mois, le malade commence à ressentir quelques douleurs qu'il compare à des torsions survenant environ quatre heures après chaque repas, sans vomissements.

Ces douleurs augmentent un peu, puis le malade perd l'appétit, et, au bout de trois ans d'attente, il revient consulter, de nouveau amaigri. Examen radioscopique : bon fonctionnement de la bouche anastomotique. Evacuation très légère « au compte-goutte » par le pylore. Une nouvelle intervention est proposée, dans l'idée de faire la pylorectomie proposée autrefois.

Deuxième opération : 13 novembre 1924.

Plus aucune tumeur. La bouche anastomotique est bonne et largement perméable. L'arrière cavité des épiploons est complètement oblitérée. La première portion du duodenum est collée sous le foie auquel elle adhère intimement, provoquant une coudure prononcée du pylore. Sous le colon transverse relevé, on voit nettement un duodenum très dilaté, noirâtre, faisant par le coude des troisième et quatrième portions une forte saillie sous le mésocolon. Au niveau de la bouche anastomotique, une bride épiploïque rétrécit légèrement l'anse afférente près de l'embouchure. Il s'agit donc d'une très forte dilatation duodénale consécutive à un ulcus duodénal de la première portion et provoquée par une sorte d'exclusion incomplète du duodenum par rétrécissement de ses deux extrémités. Une duodéno-jéjunostomie est pratiquée entre l'anse dilatée et le jéjunum sous-jacent à l'anastomose. A l'ouverture du duodenum, la bile s'échappe sous pression pendant quelques instants.

Les suites opératoires sont très simples et le malade sort du service quinze jours après l'opération, digérant facilement, ayant retrouvé son appétit et ne souffrant plus.

OBSERVATION XXIII

(De Villette).

Une jeune fille de 18 ans m'est adressée le 28 janvier 1921 par le D^r Pruvost, de Bourbourg, pour des douleurs gastriques et des vomissements bilieux.

J'avais vu cette jeune fille deux ans auparavant, atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite aujourd'hui disparue. La jeune malade se plaint de souffrir de l'estomac depuis un an. Elle vomit tous les jours de la bile en abondance, quatre à cinq heures après les repas. Quelquefois, des aliments sont mélangés à la bile, mais toujours en petite quantité. Il existe une douleur au creux de l'estomac; l'appétit est conservé. L'ingestion des repas n'augmente pas la douleur, mais parfois, au contraire, la soulage. Radioscopie gastrique 28 janvier 1921 : dès la prise du repas baryté, on observe des contractions gastriques violentes et une évacuation très rapide. La forme de l'estomac est du type orthotonique. Je remarque aussitôt que le duodenum est visible en entier et qu'il présente même une dilatation assez considérable de sa troisième portion.

Trois quarts d'heure après le début de l'ingestion, les contractions s'arrêtent, et trois heures après, il reste de la baryte dans l'estomac. A ce moment on remarque surtout une boulette de baryte assez volumineuse, séjournant à la jonction de la 2^e et de la 3^e portion du duodenum. Cette boulette ne peut passer : elle remonte vers l'estomac à chaque pression de la main, mais ne peut y pénétrer, comme s'il existait un spasme pylorique de défense. Le diagnostic porté est celui de sténose du duodenum au niveau de la corde mésentérique, sténose résultant de l'ancienne péritonite tuberculeuse, et provoquée par des brides, une mésentérite rétractile ou des ganglions.

Première opération, le 2 février 1921. En raison des nombreuses adhérences d'origine tuberculeuse, il est impossible d'établir une duodéno-jéjunostomie, et je dois me borner à exécuter une gastro-entérostomie postérieure oblique sus et trans-mésocolique.

Suites opératoires normales.

Suites éloignées : La jeune malade s'améliore d'abord visiblement; les douleurs cessent tout à fait, les forces augmentent, l'appétit est bon, mais les vomissements bilieux reparaissent peu à peu par intervalles pendant des périodes assez prolongées. Ils surviennent surtout le matin.

La malade est quelquefois près d'un mois sans vomir, puis les accidents reprennent, et c'est ainsi que le 10 août 1921 je la revois assez inquiète de la persistance de cet inconvénient. Une radioscopie montre le même fonctionnement que le 6 avril dernier; l'estomac est complètement évacué en une vingtaine de minutes et exclusivement par la bouche de gastro-entérostomie.

Graduellement la situation s'aggrave. Les vomissements augmentent de fréquence et deviennent alimentaires en dépit de tous les moyens médicaux mis en œuvre.

Un examen radiologique, le 13 octobre 1921, montre que l'estomac est évacué en 10 minutes et que la première anse grêle est fortement dilatée, mais qu'après deux heures le repas baryté est près du cæcum. Peu à peu, l'amaigrissement devient important, car la petite malade vomit après tous les repas, des aliments mélangés de bile. Seuls les repas barytés ne sont jamais vomis.

Devant la gravité de cette situation, je propose la duodéno-jéjunostomie complémentaire.

Deuxième opération, le 21 novembre 1921.

Les reliquats de péritonite tuberculeuse ont considérablement diminué, si bien qu'il est facile de détacher

le grand épiploon de la paroi sous-ombilicale. Amélioration due peut-être à la première laparotomie. En relevant cet épiploon et le colon transverse, on voit l'anse jéjunale descendre librement et verticalement de la face postérieure de l'estomac, l'anostomose paraît élargie et la première anse jéjunale dilatée atteint cinq ou six fois le volume du reste de l'intestin grêle. Elle est rouge et semble former une poche annexe de l'estomac. Cette dilatation se termine graduellement à 35 cm. environ de l'estomac, et, à partir de cette distance, l'intestin est vide, blanc, bleuâtre, gros comme le petit doigt. Je vérifie, en dévidant l'intestin grêle, l'absence de tout obstacle sur son trajet.

Le duodenum se voit, considérablement dilaté, au-dessous du mésocolon transverse. Il est rouge et épaissi, très accessible dans sa troisième partie et le tiers inférieur de la deuxième partie. Il est facile de dégager suffisamment la deuxième partie et d'amener le duodenum gros comme le poignet à l'extérieur du ventre. Une duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique est faite à la pince couplée, environ 6 cms au-dessous de la gastro-entérostomie.

Suites opératoires : très simples. Presque pas de vomissements post-opératoires. Après trois jours, les vomissements disparaissent d'une manière complète et la malade, constipée jusqu'alors, présente jusqu'à deux et trois selles par jour.

Radioscopie post-opératoire, 9 décembre 1921 : aussitôt après l'ingestion de 200 grammes de gélobarine, l'évacuation s'opère par la gastro-entérostomie. Quelques minutes après, on voit la baryte franchir également le pylore, descendre dans la deuxième partie du duodenum et rejoindre le jéjunum par l'orifice de duodéno-jéjunostomie. L'évacuation complète se fait en vingt minutes

environ, dont les trois quarts par l'anastomose et un quart approximativement par le pylore.

Suites tardives : l'amélioration devient de plus en plus marquée, si bien que le 15 avril 1922, plus de cinq mois après la duodéno-jéjunostomie, la situation est devenue la suivante : depuis l'opération, il y a eu en tout trois vomissements alimentaires sans bile. La jeune fille mange tous les aliments, elle a de bonnes couleurs. Les règles, disparues depuis un an, sont revenues.

OBSERVATION XXIV

(Cotte et Carrive).

L..., 32 ans, adjudant au 31^e Tirailleurs, souffre de l'estomac depuis 1918. Ces douleurs, apparues à la suite d'une intoxication par gaz, ont revêtu dès ce moment le type de la dyspepsie hyperkinétique, précoces durant 2 ou 3 heures et suivies de vomissements alimentaires à la suite desquels le malade se trouvait soulagé. Ces crises reviennent par périodes, séparées par des intervalles de sédation absolue, sauf quelques accès migraineux terminés par vomissements, une fois par mois tout au plus. On relève des périodes de crises en 1918, en 1919. Crises continues à partir de 1921.

Le malade est calmé par les alcalins. Jamais de sang dans les vomissements. En avril 1922, l'intensité des douleurs est telle qu'il est admis à l'hôpital Desgenettes. Après mise en observation et examens clinique, chimique et radioscopique, on s'oriente vers le diagnostic d'ulcus en évolution.

Examen radiologique : estomac ptosé, dilaté dans sa partie inférieure. Evacuation à début précoce, puis se poursuivant normalement. Il existe également un certain degré de ptose du colon. Le transit à travers le gros intestin est ralenti.

Les troubles s'aggravant, on décide une laparotomie exploratrice.

Première opération : 16 juillet 1922. Aucune lésion décelable ni sur les différentes zones gastriques, ni sur le duodenum, ni dans la région sous-hépatique. Néanmoins, gastro-entérostomie à la suture.

Les suites opératoires furent simples, mais l'intervention n'a amené aucune amélioration. Les vomissements reparaissent, dès qu'on essaie de reprendre l'alimentation, et même indépendamment de celle-ci. Ils n'ont cependant pas les mêmes caractères qu'avant l'intervention. Ils se produisent sans douleur véritable, mais sont précédés d'une période de malaises avec sensation de tension épigastrique. Ils sont liquides, très abondants, très riches en bile, ne correspondent nullement comme volume aux ingesta, étant constitués par des produits de sécrétion gastrique, duodénale et hépatique. Les lavages d'estomac ne donnent pas de sédation. Seule, la position gènu-pectorale maintenue prolongée, amène une atténuation sérieuse. Des injections d'atropine agissent dans le même sens.

Le malade gagne 4 kilos et sort de l'hôpital.

Sept mois plus tard, en avril 1923, il vient consulter à nouveau. Examen radiologique. La bouche de gastro-entérostomie fonctionne bien. Rien ne passe par le pyllore. Le transit à travers l'estomac et le grêle se fait dans des conditions de temps normales. Les vomissements qui persistent sont toujours très fortement teintés en vert foncé, contenant en suspension des parcelles alimentaires.

Deuxième opération : 16 avril 1923. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'anostomose gastro-intestinale fonctionne normalement. Pas de coudure de l'anse anastomosée. Pas de bride, pas de reliquat de péritonite pouvant expliquer un circulus viciosus. Le colon décollé

est relevé. On voit nettement la corde mésentérique qu'étrangle le duodenum. Sur la droite de celle-ci, le duodenum est dilaté et on amène assez facilement à son contact la branche descendante de l'anse jéjunale anastomosée à l'estomac.

Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à la suture.

Suites opératoires : simples. Les vomissements ont cessé complètement et le malade peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION XXV

(Grégoire).

R... (Jules), 62 ans, luthier, entre à Tenon le 9 mai 1922 pour tentative de suicide par oxyde de carbone. Il est admis en médecine dans le service de M. Macaigne.

Le malade avait fait cette tentative dans un état de psychasthénie marquée, provoquée par la violence et la persistance de douleurs épigastriques.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral intéressant.

Le début de la maladie fut brusque, en mai 1910, par de violentes douleurs épigastriques en coup de poignard survenant deux heures après le repas.

Ces douleurs cessent au bout d'une heure et demie, à la suite d'un vomissement très acide.

Ces douleurs réapparaissent dans les mêmes conditions deux heures après les repas du soir.

Rares au début (tous les quinze jours), ces crises se reproduisent de plus en plus fréquentes, finissent par devenir quotidiennes. Le malade est examiné plusieurs fois sous écran et finalement un chirurgien de Lyon lui propose une opération qu'il accepte.

Première opération, 1917 : gastro-entérostomie.

Suites opératoires simples, aucun régime, disparition complète des douleurs pendant deux mois

A partir du troisième mois, réapparition des douleurs d'abord tous les quinze jours, puis tous les huit jours, enfin presque quotidiennement au bout de 6 mois.

La douleur débute deux heures après le repas (pesanteur dans le flanc droit), maximum trois heures après le repas; à ce moment, surviennent des vomissements muqueux acides, non alimentaires, non bilieux, peu abondants (un verre environ) A partir de ce moment, la douleur diminue lentement sans disparaître tout à fait, le malade se plaignant toujours d'un point douloureux para-ombilical droit. De temps à autre, un vomissement le matin.

Somme toute, le malade n'a qu'une courte période de calme le soir, après un repas volontairement léger et la nuit.

La fréquence des vomissements et des douleurs augmente progressivement, au point de mener le malade au suicide en 1922.

Pendant la période 1917-1922, pas de constipation, ni de diarrhée, selles faciles, pas de méléna, pas d'hématémèses.

Amaigrissement de 3 ou 4 kilos depuis 1917.

De médecine, on le passe en chirurgie : malade maigre, ventre sans voussure, sans tumeur perceptible. La palpation réveille une douleur nette à droite de l'ombilic, au niveau du bord externe du grand droit.

Examen radioscopique répété quatre ou cinq fois a montré un estomac petit, hyperkinétique. La bouche gastrique est certainement insuffisante puisqu'on ne l'a vue fonctionner qu'à un seul examen et une fois seulement au cours de cet examen.

Par contre, le pylore est légèrement insuffisant. Le

bismuth dessine un duodenum dilaté à l'union de D2-D3.

L'ombre de cette poche duodénale s'arrête nettement à la ligne médiane. On ne constate pas de passage au delà.

Depuis une dizaine d'années, le malade présente des mouvements choréiformes de tous ses muscles, persistant même pendant le sommeil. Rien à signaler dans les divers appareils.

Deuxième opération : 19 mai 1922.

A l'ouverture du ventre, on constate que l'anastomose gastro-jéjunale avait été faite très régulièrement en bonne place sur la face postérieure de l'estomac et à travers le méso-colon transverse.

A droite du mésentère et au-dessous du colon transverse relevé, une anse énorme apparut, énorme au point de la confondre avec le colon. De fait, le duodenum au niveau de sa troisième portion était tellement dilaté, que l'on pût sans peine faire une anastomose duodéno-jéjunale, latéro-latérale à 8 ou 10 centimètres au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et aujourd'hui, ce malade, complètement débarrassé de ses douleurs et de ses vomissements, ne songe plus à mettre fin à sa vie.

OBSERVATION XXVI

(Service de M. le Professeur Gosset).

M. C... (Prosper), 41 ans, souffre de la région épigastrique depuis 1913. L'affection évolue par crises périodiques séparées par de longs intervalles de bonne santé. C'est ainsi que de 1915 à 1918 le malade n'a rien ressenti.

En 1918, reprise des crises. La douleur survient quatre heures environ après les repas. Elle siège dans

la région épigastrique et irradie vers la région inter-scapulaire. Les aliments, pris en petite quantité, calment l'acuité de la crise.

Les vomissements ne sont apparus qu'au mois de novembre 1922. Ce ne sont pas des vomissements alimentaires, parfois il y a eu rejet de liquide bilieux.

Une hématémèse suivie de mœlena.

Examen physique : pas de clapotage. Légère douleur à droite de la ligne médiane, en dessous du point vésiculaire, avec contracture du muscle grand droit à ce niveau.

Examen radiologique : Image pylorique normale. Sur les radios en série, on ne note pas d'image pathologique au niveau du duodenum.

Examens de laboratoire :

1° Suc gastrique : liquide clair à jeun en petite quantité dans lequel : A : 0,66; H : 0.

2° Sang : Azotémie : 0,27 0/00; coagulation : 4,55 à 16°.

Intervention : le 18 décembre 1922 (P^r Gosset). Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le pylore est amarré très court sous le foie. On voit une cicatrice d'ulcère à l'angle de la 1^{re} et de la 2^e portions du duodenum. L'estomac est très dilaté.

Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, antipéristaltique; sutures totales au catgut chromé, sutures séreuses à la soie.

Paroi à la soie.

Suites : normales.

Revu en avril 1924. Le malade se considère comme guéri. Cependant il a, de temps à autre, des digestions pénibles, mais sans ressentir de vraies douleurs; il est très constipé.

Augmentation de poids progressive de 9 k. 500. Suit un régime léger.

Examen radiologique tardif : Bouche anastomotique en bonne position et fonctionnant d'une façon satisfaisante sans incontinence. Péristaltisme visible, aboutissant à des évacuations pyloriques fréquentes. Bulbe en rétroposition à contours flous. Genu inferius dilaté avec mouvement de brassage du liquide qui parvient cependant après quelque temps dans la région de la bouche anastomotique et les anses jéjunales.

Mobilité et sensibilité très normales.

OBSERVATION XXVII

Cas d'une sténose sous-vatérienne duodénale diagnostiquée à l'intervention, rapportée par le D^r Sauvé, à la Société Nationale de Chirurgie, à sa séance du 25 juin 1924.

En janvier 1924, j'étais appelé en consultation auprès d'une malade de 50 ans, présentant depuis huit jours des signes d'occlusion intestinale, avec subictère. L'intervention est décidée. A la laparotomie je trouvai une énorme tumeur rétropéritonéale droite, très tendue, que je crus tout d'abord être une hydronéphrose droite. J'incisai le péritoine postérieur droit, je libérai facilement les trois quarts inférieurs de la tumeur. En arrivant sur le pôle supérieur, je constatai qu'elle s'affaissait brusquement; c'était la partie droite du duodenum occlus dont je venais de lever l'occlusion et qui, dans son énorme distension, avait glissé sous le péritoine pariétal postérieur. Il était impossible de penser à une duodéno-jéjunostomie, car la cause de l'occlusion était une panmésentérite rétractile, portant non seulement sur le mésentère, mais encore sur les mésocolons transverses et sigmoïdes et qui calait véritablement contre la colonne vertébrale les neuf dixièmes de l'intestin. Je passai mon temps à sculpter les mésos pour leur rendre

de la mobilité et empêcher l'occlusion de se reproduire. Je m'arrêtai, ayant à peu près terminé ce labeur opiniâtre, au moment où l'anesthésiste m'avertit que l'état de la malade commandait de finir l'opération au plus vite. Je fermai en un plan, sans réparer la brèche péritonéale postérieure, vu l'urgence. La malade fut reportée agonisante dans son lit. Elle put néanmoins surmonter le choc opératoire et, guérissant avec une simplicité parfaite, sortit le quinzième jour de la maison de santé.

Depuis cette époque, sa santé et ses fonctions digestives sont parfaites. Le Wassermann est resté négatif.

OBSERVATION XXVIII

(*Pierre Duval*).

M^{lle} P..., 29 ans.

Souffre de l'estomac depuis 8 ans. Ulcère chronique.

Première opération : 14 février 1924, à Périgueux.

Ulcère pylorique. Gastro-entérostomie. Tous les troubles présentés antérieurement par la malade persistent. Vomissements alimentaires et bilieux. Amaigrissement extrême. Tension artérielle : 8, 7 1/2. Syncopes fréquentes. La peau est sèche. Alimentation absolument impossible.

La malade est amenée d'urgence à Paris. Examen radiologique ne peut être pratiqué. Véritable état de cachexie famélique. Intervention chirurgicale, malgré l'état grave de la malade.

Deuxième opération : Anesthésie régionale. Ulcère sur le bord supérieur du canal duodéno-pylorique. Vésicule biliaire et épiploon adhérents. La bouche de gastro-entérostomie est bien faite, placée un peu trop à gauche, mais parfaitement perméable. Enorme dilatation de la troisième portion du duodénum. Sténose par le pédicule mésentérique : à ce niveau, ganglions et étoiles de péri-

tonite chronique. Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique. Le soir même a trois selles diarrhéiques dues à la pénétration de la bile dans l'iléon. Température : 37°1. Pouls : 120. Morte le lendemain matin d'épuisement. Aucune fièvre. Aucune réaction abdominale.

OBSERVATIONS *publiées par Charrier, de Bordeaux,
B. et M. de la Soc. de Chir. 25-6-24. — Résumé.*

1^{er} Cas. — Il s'agit d'une malade de 43 ans qui souffre depuis quatre ans de troubles digestifs imprécis pour lesquels elle a déjà subi une appendicectomie, puis une cholécystectomie. Ultérieurement surviennent des crises épigastriques douloureuses avec vomissements verts abondants. Ces crises apparaissent et disparaissent brusquement. Charrier, demandé en consultation, porte le diagnostic de sténose duodénale sous-vatérienne. Il le fait confirmer par la radioscopie.

A l'opération il trouve une bride mésentérique et guérit la malade par une duodéno-jéjunostomie.

2^e Cas. — La deuxième malade, âgée de 31 ans, souffrait depuis huit ans. Elle avait à des intervalles de temps d'abord longs, puis plus rapprochés, des crises épigastriques douloureuses avec vomissements verts abondants. Charrier constata à la radio une distension duodénale, ce qui lui fit faire le diagnostic de sténose sous-vatérienne; à l'opération, il trouva une corde mésentérique. Il pratiqua une duodéno-jéjunostomie. Quelques jours après, les symptômes ayant réapparu, il dut intervenir de nouveau et, par une péxié, fixa le colon qui comprimait la bouche duodéno-jéjunale. Par la suite, la guérison se maintint sans incidents.

OBSERVATION XXIX

(*Hartmann-Okinczye*).

M^{me} H..., 33 ans, entre dans le service de M. le Professeur Hartmann, le 31 mai 1922.

Depuis six ans, la malade souffre de vomissements survenant d'une façon intermittente, se produisant sans efforts. Il y a neuf mois, les vomissements sont devenus plus fréquents et plus pénibles. La malade, qui n'avait jamais souffert jusque-là, se plaint de sensations de tension à l'épigastre, survenant aussitôt les aliments ingérés. A ces pesanteurs succèdent des brûlures. Ces sensations douloureuses pénibles ne disparaissent que lorsqu'elle vomit, lorsque tout son repas se trouve évacué. Ces troubles sont plus marqués après dîner. La nuit, la malade ne dort que très peu. Elle est soulagée lorsqu'elle se met à plat ventre. Pendant ces derniers mois, à plusieurs reprises, elle signale des vomissements sanglants et l'on a trouvé du sang dans les matières.

Examen radiologique : lésion organique probable (ulcère) dans la région juxta-pylorique avec phénomènes de contractions spasmodiques à ce niveau, ainsi qu'au niveau du duodénum. L'évacuation gastrique se fait d'ailleurs très lentement et incomplètement.

Première opération : 9 juin 1922. Rien à l'examen de l'estomac. Le pylore est sain. Mais l'on constate qu'à la partie terminale de la première portion du duodénum et sur la deuxième, il existe une plaque grisâtre avec nombreuses adhérences aux parties voisines. Gastro-entérostomie postérieure. On faufile un fil à travers la paroi externe du pylore, de manière à le bloquer.

Suites opératoires : dix-huit jours après l'opération, la malade commence à avoir des vomissements de bile, survenant plusieurs fois dans la journée. On supprime le lait, les vomissements cessent. Mais, un mois plus

tard, rentrée chez elle, les vomissements bilieux reprennent. La malade est admise, à nouveau le 14 septembre, salle Notre-Dame. L'alimentation est impossible, les vomissements contiennent des aliments et de la bile. Examen radiologique : la bouche fonctionne normalement.

Deuxième opération : 22 octobre 1922. Ockinczyc.

La bouche est perméable. Bride au niveau du pylore : il n'existe pas de trace du blocage qui a été fait. Le duodénum, dans toutes ses portions, est dilaté, saillant et paraît écrasé au niveau de sa troisième portion, par le paquet des vaisseaux mésentériques. Duodéno-jéjunostomie au niveau de D3.

Suites opératoires simples. Guérison de la malade. Les vomissements cessent complètement. Elle quitte l'hôpital trois semaines après l'opération. Le 24 nov. 1924 : la malade n'a jamais plus vomi. Elle travaille comme autrefois; elle a engraisé de 15 kilos.

Examen radioscopique : fonctionnement correct de la gastro-entérostomie. Au bout de quelques instants, un petit filet de baryte pénètre dans le duodénum et la bouche duodéno-jéjunale apparaît.

OBSERVATION XXX

(Pierre Duval).

M^{me} G..., âgée de 32 ans, entre le 18 juin 1924 à l'hôpital de Vaugirard.

Malade de souche tuberculeuse, autrefois atteinte de lupus.

Les premiers troubles s'installent en 1919. Ballonnements fréquents après les repas. Les digestions sont pénibles. Nausées fréquentes. Quelques rares vomissements. Ni hématomèses ni mælena. Les troubles s'exa-

gèrent en 1922. Examen radiologique : ulcère pylorique probable.

Première opération : en 1922. Nombreuses adhérences et grosse réaction de péritonite plastique peut-être tuberculeuse. Gastro-entérostomie.

Un mois plus tard, les douleurs surviennent à nouveau. « Cela ne passe pas », dit la malade. Ballonnements pénibles et fréquents. Dans les jours qui ont suivi la gastro-entérostomie, la malade a vomi beaucoup de bile. Ces vomissements ont disparu. Examen radiologique : la bouche de gastro-entérostomie semble ne pas fonctionner correctement.

Deuxième opération : en 1923. Adhérences autour de la bouche de gastro-entérostomie. Libération de ces adhérences.

Courte période d'amélioration. Puis réapparition des troubles gastriques. Des vomissements bilieux amers surviennent. Ils sont fréquents. La malade accuse des pesanteurs après les repas. Les digestions sont lentes, entrecoupées de nausées, parfois d'un abondant vomissement bilieux. La répétition des vomissements rend l'alimentation impossible. La malade maigrit de 4 k. 500. Examen des selles : pas de sang. Examen de sang : normal. Examen des urines : normal. Examen radiographique : la gastro-entérostomie fonctionne parfaitement, mais il existe une forte dilatation du duodénum dans sa troisième portion.

Troisième opération : en juin 1924.

Adhérences diffuses sous-mésocoliques avec quelques granulations jaunes. Forte dilatation du duodénum dans sa troisième portion. Péritonite tuberculeuse guérie, mais adhérences sous-mésocoliques sténosant le duodénum. Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à droite du pédicule mésentérique.

Disparition de tous les troubles. La malade engraisse de 5 kilos. En décembre 1925, la guérison persiste.

Examen radioscopique : la bouche de duodéno-jéjunostomie fonctionne parfaitement. Aucune stase duodénale.

OBSERVATION XXXI

Publiée par Weiss. (Arch. mal. app. dij. et de la nut., t. XV, avril 1925.)

M^{lle} D... (Lucienne), 32 ans.

Cette malade a commencé à souffrir il y a 10 ans de dyspepsie, se manifestant par des digestions pénibles et des régurgitations aigres après les repas. Plus tard, les troubles s'établissent selon un mode plus précis : la malade se réveille la nuit avec une sensation de tension, de plénitude gastrique, souvent accompagnée de nausées. Ces crises, toujours de courte durée, cessent spontanément mais se reproduisent quotidiennement.

En octobre 1922, les troubles deviennent plus aigus : ils s'accompagnent de vomissements alimentaires ou bilieux. La constipation est opiniâtre.

On pratique un examen radiologique : on note une stagnation de la baryte à l'union de D2 et de D3; des mouvements de brassage et d'antipéristaltisme. Le bulbe n'est jamais bien dessiné, il semble un peu déformé.

Opération le 20 août 1922 par le professeur Duval. Dilatation moyenne de la 3^e portion du duodénum à droite de la mésentérique; à gauche de l'artère, l'intestin est de calibre normal. On trouve des brides péritonéales d'apparence congénitales autour de la vésicule biliaire et du pylore.

Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique.

Suites normales.

Le 2 novembre 1922, la malade quitte le service, très améliorée. Elle ne se plaint d'aucun trouble.

Le 13 mars 1924, la malade est en très bon état, elle a engraisé de 3 kilos.

OBSERVATION XXXII

*Publiée par Weiss. (Arch. mal. app. dig. et nut.,
t. XV, avril 1925.)*

D..., 15 ans.

Dans sa première enfance, D... fut atteint de paralysie infantile, dont il lui est resté quelques séquelles peu importantes à la jambe droite.

Depuis toujours ce jeune garçon a eu une santé assez précaire, en particulier il a de fréquents vomissements qui surviennent subitement et sans raison apparente et sans effort. Ces vomissements contiennent uniquement de la bile. De plus, après les repas, ce jeune malade ressent des douleurs sans grands caractères dans l'hypochondre droit. Une appendicectomie ne lui apporte aucun soulagement. Après un examen radioscopique en 1922, on porte le diagnostic de sténose duodénale par artère mésentérique.

Opération faite en octobre 1922 par le prof. Duval. Le diagnostic posé est vérifié et l'on pratique une duodéno-jéjunostomie.

Depuis ce moment, cet enfant a subi une véritable transformation. En deux ans, il a augmenté de 17 kilos. Il a actuellement une existence normale : il mange comme tout le monde et ne vomit plus et ne souffre plus. Lorsqu'il fait un effort prolongé, il sent quelquefois dans l'hypochondre droit une douleur sourde qui disparaît dès qu'il prend la position couchée.

Examen radiologique du 10-7-1924 : fonctionnement parfait de l'anastomose duodéno-jéjunale. Pas de trace

de dilatation ni de stagnation à l'union de D2 et de D3. Excellent résultat, vingt et un mois après l'intervention.

OBSERVATION XXXIII

*Publiée par Weiss. (Arch. mal. app. dig. et nut.,
t. XV, avril 1925.)*

H... (Jean), 24 ans, entre en novembre 1922 à la Clinique pour douleurs épigastriques datant de 18 mois. Ces douleurs, calmées par l'alimentation, apparaissent surtout deux à trois heures après les repas. Un mois avant son admission à l'hôpital, le malade a vu ses douleurs augmenter de fréquence et d'intensité. Ses selles sont irrégulières et après chacune d'elles il ressent des douleurs spasmodiques sur le trajet du colon. Aucune amélioration n'a été apportée par l'ingestion bi et triquotidienne de bismuth.

A l'examen, on trouve une légère douleur à la palpation de l'hypochondre droit.

Examen radiologique : un peu de liquide à jeun, dilatation et stagnation à l'union de D2 et de D3; antipéritaltisme. Diagnostic de sténose par mésentérique et possibilité de périoduodénite.

Opération le 8-11-1922 par le professeur Duval.

A l'inspection de l'estomac, on trouve une bride blanchâtre partant de la face supérieure du mésocolon transverse et montant obliquement en haut et à gauche pour s'insérer sur le bulbe duodéal. On a l'impression très nette que cette bride provoque une sténose. La deuxième portion du duodénum est également déformée par d'autres brides. De plus, il existe une stase de D3 par le pédicule mésentérique. Vésicule biliaire normale; aucune lésion pariétale appréciable sur l'estomac et sur le duodénum. Duodéno-jéjunostomie.

Suites opératoires normales; en un an il engraisse de 8 kilos et ne se plaint d'aucun trouble.

Examen radiologique du 13-11-1923 : pas de liquide à jeun. Le passage s'amorce cinq minutes après l'ingestion du baryum. L'antrum pylorique se distend normalement. Pas de dilatation de D2. Bon fonctionnement de la bouche. Très léger mouvement antipéristaltique sur la partie haute de la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION XXXIV

*Du D^r Revel, de Nîmes. B. et M. de la Soc. Nat. de Chir.,
18 février 1928.*

Résumé.

M. A. M..., 28 ans, commerçant à Nîmes, vient consulter en 1927 parce qu'il souffre de l'estomac depuis deux ans. Après les repas, à deux heures environ, il est pris de douleurs épigastriques très pénibles, avec sensation de striction : après chaque crise, qui dure deux heures, il a une impression de grande fatigue. Jamais il n'a eu de vomissements de quelque nature que ce soit.

Au début, ces crises survenaient tous les huit jours, puis elles sont allées en se répétant et en s'aggravant. M. A. M... est mis pendant un an au traitement médical, qui n'apporte aucun soulagement. Il est alors adressé au D^r Revel qui, après examen radioscopique, porte le diagnostic de sténose cicatricielle du pylore et décide de faire une gastro-entérostomie.

A l'intervention, l'estomac, le pylore apparaissent complètement sains; à contre-cœur et sur le désir du médecin traitant, il pratique une gastro-entérostomie.

Le troisième jour de l'opération, le malade se plaint de douleurs épigastriques, puis il a des vomissements abondants de bile : on le met à la diète, on lui fait des

lavages d'estomac. La convalescence se poursuit, coupée de douleurs et de vomissements.

Au bout de deux mois, il y a une aggravation nette de l'état du malade : les douleurs persistent toujours et les vomissements sont quotidiens.

On fait un nouvel examen radioscopique : l'estomac est vide; à l'absorption de la gélobaryne, il se contracte; la bouche paraît fonctionner irrégulièrement; par le pylore, la gélobaryne passe sous une traînée filiforme et va se rassembler dans une poche dilatée qui correspond à la 3^e portion du duodénum; elle est nettement arrêtée et on voit alors de violents mouvements antipéristaltiques se produire qui la rejettent dans l'estomac.

On porte en conséquence le diagnostic de sténose sous-vatérienne du duodénum.

Une deuxième intervention est décidée.

Exploration de l'estomac : la bouche est normale. En examinant le duodénum, la deuxième et la troisième portions apparaissent dilatées. Cette dernière est du volume du poignet.

Il n'existe pas à vrai dire un étranglement dû à la corde mésentérique; mais le simple fait de la soulever suffit à donner un calibre normal au duodénum.

Une duodéno-jéjunostomie est faite.

Les suites opératoires furent des plus simples. Au bout d'un an, la guérison se maintenait.

CONCLUSIONS

1° Malgré le nombre déjà considérable d'observations publiées, la sténose sous-vatérienne reste une affection assez rare.

2° Son étiologie est très variable ; certaines sont manifestement acquises, liées à un processus, dans la majorité des cas, inflammatoire, rarement néoplasique ; les autres sont congénitales, relevant d'anomalies péritonéales ou pariétales. L'existence d'un prolongement du pancréas le long des vaisseaux mésentériques, comprimant la troisième portion du duodénum, doit être tenue pour exceptionnelle. A notre connaissance un tel fait n'a jamais été signalé dans la littérature médicale. Il semble donc que nous apportions là un fait nouveau.

3° Cliniquement elle se présente sous deux tableaux différents, selon que le malade est examiné en période de crise ou de rémission.

Celle-ci est caractérisée par quelques troubles généraux et une dyspepsie légère.

En période de crise, le tableau clinique est com-

plété par de violentes douleurs épigastriques, des vomissements abondants de bile et de la constipation.

4° A la radioscopie, on remarque la dilatation duodénale en avant de l'obstacle, de l'antipéristaltisme et du brassage.

5° Le diagnostic de la sténose sous-vatérienne est délicat ; souvent elle sera méconnue et l'on pensera à un ulcère gastro-duodéal. Et de ce fait, les gastro-entérostomies que l'on pratiquera pourront entraîner des accidents quelquefois fort graves.

6° Le traitement de la sténose sous-vatérienne est chirurgical. Il consistera à faire une duodéno-jejunostomie qui, seule, fera disparaître les accidents. Si l'état général est mauvais, et notamment si le malade vient d'avoir des crises répétées de vomissements, il sera prudent d'injecter, au préalable, dans les veines, du sérum salé hypertonique, selon la technique du Professeur Gosset, afin que la chlorémie soit rendue normale avant l'opération.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARLING. — Chronic duodenal ileus. (*Brit. Journ. Surg.*, 123, t. X, p. 501.)
- BÉRARD. — Obstruction du duodénum par ptose et couture sur les vaisseaux mésentériques. Conditions du maintien de la perméabilité de la gastro-jéjunostomie. (*Lyon Médical*, 15 mars 1914, t. 122, p. 599.)
- BIRCHER. — Der duodeno-jejunaie Darmverschuss ein selbstständiges kankheits bild. (*Zentralblatt für Chir.*, 1912, t. I.)
- BLOODGOOD. — Acute dilatation of the stomach. Gastroenteric ileus. (*Annals of Surgery*, 1907, t. XLVI, page 736.)
- BABONNEIX et LÉVY. — Périduodénite syphilitique probable. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, t. XLI, 16-1-1925.)
- BOPPE et KREBS. — Anomalies du duodénum. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, 1924.)
- CADE et DEVIC. — Considérations cliniques sur la semio-logie des sténoses duodénales sous-vatériennes. (*Arch. des Mal. de l'App. dig. et de la Nut.*, t. X, n° 7, févr. 1920.)
- CHARRIER. — Deux observations de sténoses sous-vatériennes. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. 4, n° 21, 25 juillet 1924.)

- CHOMEL. — Sténoses sous-vatériennes. (*Gaz. des Hôpit.*, février 1852.)
- COTTE et CARRIVE. — Occlusion chronique du duodénum par la corde mésentérique chez un ptosique. Guérison par duodéno-jéjunostomie secondaire à la gastro-entérostomie. (*Lyon Chirurgical*, 1923, t. 20.)
- P. DEBET. — Occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. Duodéno-jéjunostomie. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 23 mars 1920, t. XLVI, n° 11.)
- DELHERM et MOREL KAHN. — Etude radiologique et aperçu clinique sur les anomalies de position et de forme du duodénum. (*Arch. des Mal. de l'App. dig. et de la Nut.*, mai 1923, n° 5.)
- DELORE. — Réactions péritonéales en chirurgie gastrique. (*Revue de Chir.*, n° 6, 1925.)
- P. DUVAL, Jean-Ch. ROUX et H. BÉCLÈRE. — Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum. Paris, 1924. Masson.
- P. DUVAL et GATELLIER. — Sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum par malformation congénitale, en particulier par compression artérielle. (*Arch. des Maladies de l'App. dig. et de la Nut.*, 1921, t. XI.)
- P. DUVAL. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 15 juin 1920.
- P. DUVAL et BASSET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 21 mars 1922, n° 10.
- P. DUVAL et J.-Ch. ROUX. — Une cause méconnue de troubles fonctionnels après gastro-entérostomie. La sténose incomplète chronique sous-vatérienne pré-existante du duodénum. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, t. L, 1924.)
- P. DUVAL, BAZY et SAVARIAUD. — Rétrécissements sous-vatériens du duodénum. (*Soc. de Chir. de Paris*, 1920, p. 887.)

- P. DUVAL et ROUX. — Les deux variétés de périoduodénite essentielle sténosante. La périoduodénite congénitale. La périoduodénite acquise inflammatoire. (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, n° 9, nov. 1925, p. 886.)
- FOISY. — Occlusion duodénale par malformation congénitale du colon ascendant. (*Soc. de Chir. de Paris*, 10 déc. 1919.)
- FLORAND. — Les atrésies et les sténoses du duodénum. (*Bull. Méd.*, t. XL, n° 49, nov. 1926.)
- FINNEY. — *Bull. of the Hopkins Hospital*, J. 1906, p. 37.
- R. GRÉGOIRE. — Quatre cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, t. XLVI, n° 18, 25 mai 1920.
- Technique de la duodéno-jéjunostomie. (*Journ. de Chir.*, t. XIX, n° 5 mai 1922.
- GUTMANN. — The differential diagnosis et chronic duodenal and gall-bladder disease. (*Arch. Diag.*, 1917, 309, 18.)
- GUERRA. — Periduodenitis de origen appendicular. (*Revista de medic. y Cir. de la Habana*, t. XXXI, n° 4, 26 février 1926.)
- VON HABERER. — Beitrag zum arteriomesenteriale Duodenal verschluss. (*Arch. für Kl. Chir.*, 1916, B. 108, H. 3.)
- H. HARTMANN. — *Revue de Chir.*, p. 137, 1899.
- JEAN. — La périoduodénite et ses rapports avec la maladie d'Artbutthnot Lane. (*Arch. de Méd. nav.*, 1919.)
- E. KELLOG. — Duodenal obstruction with duodeno-jéjunostomy. (*Med. Record*, 1^{er} fév. 1919, t. XCV.)
- KUMMER. — Occlusion chronique de l'angle duodéno-jéjunal. Mobilisation de la 4^e portion du duodénum, temps préalable de la duodéno-jéjunostomie. (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, octobre 1920.)
- P. LAUNAY. — Dilatation du duodénum consécutive à une gastro-entérostomie pour ulcus duodéal sténo-

- sant. Duodéno-jéjunostomie secondaire. (*Bullet. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 13 décembre 1924.)
- J. LEVEUF. — L'occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. (*Revue de Chir.*, 1920, n° 11, page 616.)
- LECÈNE. — L'occlusion aiguë duodénale post-opératoire. (*Journal de Chirurgie*, 1908, p. 781.)
- LARDENNOIS. — Les périviscérités adhésives de l'abdomen. (*Journal Méd. Fr.*, t. XV, n° 2, février 1926.)
- MACDONALD. — Sténose sous-vatérienne du duodénum. 26 observations. (*Soc. de Chir. de Paris*, 6 mai 1925.)
- MONTAGNÉ. — *Thèse*, Bordeaux, 192.
- L.-A. PETIT. — De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère. (*Thèse*, Paris, 1900.)
- PIC. — Sténoses du duodénum. (*Revue de Méd.*, 1894.)
- REVEL. — Sténose sous-vatérienne du duodénum par le pédicule mésentérique. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. LIV, n° 1, février 1928.)
- REINHARD. — Der arterio mesenteriale Duodenal verschluss. (*Deut. Zeitschrift f. Chir.*, B. 168, 1922.)
- SPENCE et GRAHAM. — Chronic mesenteric ileus with a report of three cases. (*Medical Record*, 13 S^e 1913.)
- STAVELY. — Acute and chronic gastro-mesenteric ileus with sure in a case by duodeno-jejunostomy. (*Bull. of the J. Hopkins Hospital*, 1908, t. XIX.)
- TURNESCO. — *Thèse*, Paris, 1923.
- VILLEMIN. — *Précis d'Anatomie topographique*. Baillière, 1929.
- *Bull. et Mém. de la Soc. d'Anthrop. de Paris*, 1912.
- *Arch. de Morphologie générale et expériment.*, 1922.
- J. VILLETTE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 8 nov. 1922.
- A. WEISS. — Duodéno-jéjunostomie et sténose chronique sous-vatérienne. (*Arch. Mal. de l'App. dig.*, t. XV, avril 1925.)

H. WELTI. — Une cause peu connue d'échec après la gastro-entérostomie : les sténoses chroniques incomplètes sous-vatériennes du duodénum. (*Thèse*, Paris, 1926.)
